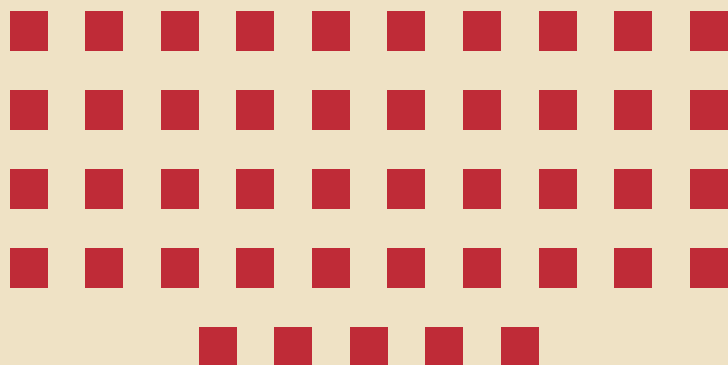


Llibre blanc de la gent gran amb dependència

Repensar l'atenció a la gent gran
amb dependència

45 propostes de millora i 10 recomanacions



Generalitat de Catalunya
Departament de Benestar Social

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP:

Llibre blanc de la gent gran amb dependència : repensar l'atenció a la gent gran amb dependència: 45 propostes de millora i 10 recomanacions

Text en català, síntesi final en català, castellà, anglès i francès. -

Bibliografia

ISBN 84-393-5847-4

I. Catalunya. Departament de Benestar Social

1. Vells - Serveis socials - Catalunya 2. Vells - Assistència institucional - Catalunya 3. Vells - Cura a llarg termini - Catalunya

364.65-053.9(467.1)

© Generalitat de Catalunya

Departament de Benestar Social

1a. edició: octubre de 2002

Tiratge: 1.500 exemplars

1a. reimpressió: novembre de 2002

Tiratge: 1.500 exemplars

ISBN: 84-393-5847-4

Dipòsit legal: 39.077-02

Disseny i fotocomposició: gama, sl

Impressió: THAU, SL

Í N D E X

PRESENTACIÓ	5
EQUIP DE SEGUIMENT, EQUIP DE COORDINACIÓ I REDACCIÓ, COMITÈ D'EXPERTS, ALTRES COL·LABORADORS, INSTITUCIONS, ENTITATS I ORGANISMES PARTICIPANTS	9
INTRODUCCIÓ	13
Capítol I. Les necessitats d'atenció	21
1. Conceptes al voltant de la dependència	22
Constatacions	
Propostes	
2. Evolució demogràfica	29
Constatacions	
Propostes	
3. Incidència i prevalença de la dependència	34
Constatacions	
Propostes	
4. Preferències i expectatives de la gent gran	40
Constatacions	
Propostes	
Referència de figures	44
Bibliografia	45
Capítol II. Els serveis d'atenció a la gent gran amb dependència	49
1. El cuidador informal	50
Constatacions	
Propostes	
2. L'oferta formal	56
Constatacions	
Propostes	
3. L'organització de la provisió	62
Constatacions	
Propostes	
4. El cost de l'atenció	66
Constatacions	
Propostes	

Referència de figures	73
Bibliografia	74
Capítol III. Les polítiques d'atenció a la dependència	79
1. El finançament de la dependència	80
Constatacions	
Propostes	
2. El rol de les administracions públiques	88
Constatacions	
Propostes	
3. El model d'atenció	94
Constatacions	
Propostes	
Referència de figures	98
Bibliografia	99
Capítol IV. Desenvolupament del sector	103
1. Qualitat	104
Constatacions	
Propostes	
2. Bioètica	110
Constatacions	
Propostes	
3. La gestió del coneixement	117
Constatacions	
Propostes	
Referència de figures	120
Bibliografia	121
SÍNTESI DE RECOMANACIONS	123

PRESENTACIÓ

La millora del benestar de les persones grans és un dels objectius prioritaris del Govern de la Generalitat de Catalunya, i l'atenció a la gent gran amb dependència es configura com un dels grans reptes de la política social de les properes dècades, no únicament per a Catalunya, sinó per al conjunt de la Unió Europea.

Una de les característiques de la societat catalana actual és la situació d'allargament generalitzat de la vida de les persones per sobre d'edats que a principis de segle s'assolien únicament en casos excepcionals.

Mig segle enrere, l'any 1950, la població amb més de 65 anys a Catalunya es xifrava en 278.593 persones, xifra que representava el 8,60% de la població total catalana d'aquell moment.

Actualment a Catalunya hi ha 1.119.233 persones majors de 65 anys, les quals representen el 17,78% de la població total, percentatge que duplica l'existent ara fa 50 anys.

Un altre aspecte que cal tenir molt en compte a l'hora de dissenyar actuacions i polítiques socials adreçades a les persones grans és el pes específic, dins del grup d'edat de 65 anys i més, de les persones de 75 anys i més, de 80 anys i més i de 85 anys i més. Actualment, a Catalunya hi ha 232.921 persones d'entre 75 i 79 anys, 142.803 d'entre 80 i 84 i 126.094 de 85 anys i més.

Les projeccions de població de Catalunya elaborades per l'Institut d'Estadística de Catalunya, preveuen, a partir d'una combinació selectiva de les hipòtesis d'evolució dels components del creixement demogràfic, que l'any 2010 la població major de 65 anys representarà el 18,96% de la població total, i arribarà fins a un 24,08% d'aquesta l'any 2030.

Mentre que a començament de segle l'esperança de vida de la població catalana en néixer era de 36,34 anys per als homes i de 37,98 anys per a les dones, en l'actualitat és de 76 per als primers i de 82,60 per a les segones, la qual cosa ens situa en un nivell d'entre els més favorables de la Unió Europea: l'esperança de vida l'any 1996 era, a l'Europa dels 15, de 74 anys per als homes i 80,5 per a les dones.

La longevitat és una de les característiques de les societats més desenvolupades. La davallada de la natalitat i la reducció de la mortalitat són dos dels factors clau per a entendre l'augment del pes de la gent gran, però cal tenir present que el procés d'allargament de la vida que s'està produint és determinat bàsicament per la millora de les condicions en les quals viuen les persones i pels avenços produïts en el món de la sanitat.

Tot i que aquest creixement de la població gran suposa i suposarà un important increment de les necessitats específiques d'atenció social i sanitària a la gent gran, cal no oblidar que la majoria de persones més grans de 65 anys hi arriben cada cop amb més salut psíquica i física, i que la pèrdua d'autonomia es va endarrerint progressivament. Cada vegada més, les persones grans són actives: duen a terme activitats culturals, esportives, accedeixen al món del turisme, participen en xarxes associatives, etc.

Tot aquest ventall de dades evolutives quantitatives i qualitatives, juntament amb altres estudis més específics sobre les característiques i les necessitats de les persones grans, han de servir per a poder dissenyar polítiques d'actuació intersectorials i interdisciplinàries adaptades a les necessitats i característiques per a cada perfil de persona gran, partint de l'anàlisi de la realitat actual i de les previsions d'evolució futures.

La política de benestar social de la Generalitat de Catalunya, i concretament la política d'atenció i promoció del benestar de les persones grans amb dependència, amb l'objectiu de facilitar les condicions de vida que contribueixin a la conservació de la plenitud de les seves facultats físiques i psíquiques, com també la seva integració social, ha anat consolidant-se al llarg de sis legislatures.

El nou mil·lenni que tot just encetem, es configura com un bon moment per a començar una nova etapa en l'atenció a la gent gran amb dependència, que tingui com a base el camí ja recorregut i la reflexió crítica de la feina feta, ja que aquesta és la millor base per al disseny de les futures polítiques d'actuació. Per aquest motiu hem considerat que el títol que millor pot reflectir el contingut d'un llibre blanc sobre aquesta temàtica és «Repensar l'atenció a la gent gran amb dependència».

Aquest Llibre blanc tracta sobre l'atenció a la gent gran que presenta dependències per al desenvolupament de la seva vida quotidiana, entenent el concepte de dependència des d'un punt de vista ampli i no homogeni que recull totes les necessitats de la persona gran: situació social, dependència funcional, dependència cognitiva i problemes de salut.

El document que presentem a continuació es configura com una eina de treball i un marc de referència obert fruit d'un procés de reflexió prospectiva sobre els reptes que suposa l'allargament de la vida en la nostra societat i les polítiques més innovadores amb relació a aquesta temàtica.

En aquest marc de reflexió, s'ha optat per dur a terme un procés de participació activa que ha donat com a resultat un treball, al nostre entendre, realment important i que serà de molta utilitat a l'hora de centrar el debat social sobre aquesta matèria, i de gran interès per al sector, com també per a inspirar les polítiques d'atenció a la gent gran promogudes des de la Generalitat de Catalunya i en concret des del Departament de Benestar Social.

En el debat per a l'elaboració del contingut que a continuació s'exposa hi han participat 34 experts procedents de diferents institucions, entre les quals es compten els col·legis professionals vinculats amb les activitats d'atenció a la gent gran amb dependència, les entitats més representatives del sector, algunes universitats, els agents socials i professionals de prestigi reconegut.

Vull agrair als experts col·laboradors, a les institucions participants i als professionals del Departament l'interès que han manifestat en aquest tema, ja que sense la seva col·laboració no hauria estat possible l'elaboració d'aquest Llibre blanc.

Tinc el ferm convenciment que el treball de reflexió que presentem a continuació contribuirà de manera significativa al fet que la societat catalana del nou mil·lenni es configuri com una societat més incloent i cohesionada.

Tenim el repte, com a país, de treballar per a una societat en la qual el conjunt de la ciutadania participi i se senti implicada, és a dir, tenim el repte de contribuir a la construcció d'un país per a tothom.

Irene Rigau i Oliver
Consellera de Benestar Social

El *Llibre blanc de la gent gran amb dependència* ha estat elaborat a partir de l'encàrrec efectuat per l'Hble. Sra. Irene Rigau, consellera de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya, a 34 experts procedents de diferents institucions i de prestigi reconegut en aquesta matèria.

Els treballs per a la redacció del document s'han dut a terme entre els mesos de juliol de 2001 i febrer de 2002.

EQUIP DE SEGUIMENT:

Manuel Jovells
Montserrat Cervera
Cristina Gené

Secretari general del Departament de Benestar Social
Directora general de l'ICASS
Cap del Gabinet d'Estudis i Planificació del Departament de Benestar Social

EQUIP DE COORDINACIÓ I REDACCIÓ:

Antares Consulting

COMITÈ D'EXPERTS:

Salvador Altimir

Coordinador de la Unitat de Geriatria de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona i president de la Societat Catalanoblear de Geriatria i Gerontologia

Joan Andrés

President de l'Associació Catalana d'Infermeria Geriàtrica i Gerontològica i director del Centre Verge de Montserrat, SL

Sergio Ariño

Cap del Servei de Geriatria de la Fundació Hospital Asil de Granollers

Joan Barrubés

Antares Consulting

Mercè Boada

Directora mèdica de la Fundació ACE. Institut Català de Neurociències Aplicades

Eudald Bonet

President del Consell Col·legis de Metges de Catalunya

Anna M. Cabré

Directora del Centre d'Estudis Demogràfics i catedràtica de geografia humana de la Universitat Autònoma de Barcelona

Montserrat Cambra

Presidenta de l'Associació d'Entitats i Professionals de la Gerontologia (AGER)

Antoni M. Cervera

Director de l'Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS), Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) Barcelona

Josep de Andrés

Cap del Programa de la Gent Gran del Departament de Serveis Socials i Cooperació de l'Ajuntament de Sabadell

Marisa Fernández

Secretària de Política Social d'UGT Catalunya

M. Dulce Fontanals

Directora de la Fundació Sar

Montserrat Ferraro

Degana del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya

M. Àngels Garcia-Milà

Presidenta de l'Associació Multidisciplinària de Gerontologia

Xavier Gómez-Batiste

Cap del Servei de Cures Pal·liatives de l'Institut Català d'Oncologia

Montserrat Grisó

Presidenta del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya

Pere Ibern

Professor del Departament d'Economia i Empresa de la UPF

Joan Josep Artells

Director General de la Fundació SIS

Vicenç Vicente

President d'ACRA

Xavier Lorente

Coordinador del Grup de Treball de Gent Gran del Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya

M. José Martínez

Degana del Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya

Ricardo Moragas

Director del màster en gerontologia social i membre del Grup d'Investigació de l'Envel·liment de la Fundació Bosch i Gimpera,

Antoni Narbona
Mare Anna Maria Oliveras
Isabel Peres
Eduard Portella
Carmen Santos
M. del Carmen Segura

Àngels Toribio
Ignasi Torrent
Toni Tuà
Miquel Vilardell

Universitat de Barcelona
Degà del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya
Presidenta de la FERS Catalunya
Presidenta de FEATE
Antares Consulting
Adjunta a la Gerència de la Clínica Barceloneta
Secretària general de l'Associació Catalana Plataforma de Residències per a la Gent Gran
Infermera de l'ABS Raval Nord
President de la Fundació Amics de la Gent Gran
Responsable de Política Sanitària de CCOO
Cap del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron i catedràtic de medicina interna de la Universitat Autònoma

Altres experts consultats han estat el Sr. Guillem López, catedràtic del Departament d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra i el Sr. Joan Subirats, catedràtic de l'Àrea de Ciència Política i de l'Administració de la Universitat Autònoma de Barcelona.

ALTRES COL·LABORADORS:

Anna M. Alcolado

Metge de família de l'ICS i membre del Grup Sociosanitari del Col·legi de Metges de Girona

Esperanza Ballesteros

Codirectora del màster d'infermeria gerontològica de la Universitat de Barcelona i coordinadora de la Comissió Gerontològica del Col·legi d'Infermeria de Barcelona

Carme Bonastre

Secretària del Comitè d'Experts en Formació de Recursos Humans en l'àmbit dels serveis socials. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Secretaria General.

Montse Bonilla

Servei de Programació i Sistemes de Provisió. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS

Esteban Carrillo

Antares Consulting

David Casado

Investigador del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra

Judith Cobacho

Treballadora social de CCOO

Ramón Cristófol

Director mèdic del Centre Sociosanitari Can Torras. Coordinador tècnic de GIE

Eulalia Cucurella

Residència de Gràcia. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS

Josep de Martí

Director gerent d'Inforesidències.com

Cristina Faciabén

Responsable de Politiques d'Integració Social de CCOO

Francisco Fernàndez

Residència de Reus. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS

M. Assumpció Gaya

Residència Conca de Barberà. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS

Àngel Gil

Subdirector general de Programació i Avaluació. Departament de Benestar Social. ICASS

Anna Lluïsa Gobartt

Doctora i coordinadora del màster en gerontologia social. Fundació Bosch i Gimpera. Universitat de Barcelona

Miquel Gusart

Cap del Servei d'Atenció a les Persones de la Delegació Territorial de Girona. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social

Elena López

Secció d'Inspecció. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Secretaria General.

Susanna López

Adjunta a direcció del Centre Verge de Montserrat, SL

Emilio Marco Segarra

Metge de família de l'ICS i membre del Grup Sociosanitari del Col·legi de Metges de Girona

Lluïsa Moncunill

Àrea de Programes Sectorials. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS

Eva M. Muñoz

Associació Multidisciplinària de Gerontologia

Montserrat Obiols	Diplomada en treball social del Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya
Francesc Patricio	Cap de l'Àrea de Programes Sectorials. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS
Elena Pérez	PADES-Barceloneta. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS
Joan Manel Pérez	Direcció assistencial de la Clínica Barceloneta
Rosalía Rodés	Secció d'Inspecció. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Secretaria General
Esther Rovira	Cap del Servei de Programació i Sistemes de Provisió. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS
Antoni Salvà	Programa «Vida als Anys». Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut
Rosa Suñol	Directora de la Fundació Avedis Donabedian
Marta Tadeo	Associació Multidisciplinària de Gerontologia
Bernardo Ubago	Antares Consulting
Elvira Viladrich	Cap del Programa de Recursos Propis. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. ICASS

INSTITUCIONS, ENTITATS I ORGANISMES PARTICIPANTS:

ABS Raval Nord
 Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA)
 Associació Catalana d'Infermeria Geriàtrica i Gerontològica
 Associació Catalana Plataforma de Residències per a la Gent Gran
 Associació d'Entitats i Professionals de la Gerontologia (AGER)
 Associació Multidisciplinària de Gerontologia
 Comissió Obrera Nacional de Catalunya (CCOO)
 Centre Verge de Montserrat, SL
 Clínica Barceloneta
 Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya
 Col·legi Oficial d'Educaadores i Educadors Socials de Catalunya
 Col·legi Oficial de Fisioterapeutes de Catalunya
 Col·legi Oficial de Metges de Girona
 Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya
 Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya
 Consell de Col·legis de Metges de Catalunya
 Departament de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya
 Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya
 Departament de Serveis Socials i Cooperació de l'Ajuntament de Sabadell
 Departament de Gent Gran i Sociosanitari de la Fundació Pere Tarrés
 FERS Catalunya
 Federació d'Entitats d'Assistència a la Tercera Edat (FEATE)
 Fundació Alzheimer Centre Educacional (ACE)
 Fundació Amics de la Gent Gran
 Fundació Hospital Asil de Granollers
 Fundació Sar
 Fundació Salut, Innovació i Societat (SIS)
 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
 Hospital Universitari Vall d'Hebron
 Institut d'Atenció Geriàtrica i Sociosanitària (IAGS)
 Institut Català d'Oncologia
 Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS) Barcelona
 Societat Catalanoblear de Geriatria i Gerontologia
 Unió General de Treballadors (UGT), Catalunya
 Universitat Autònoma de Barcelona
 Universitat de Barcelona (Fundació Bosch i Gimpera)
 Universitat Pompeu Fabra

INTRODUCCIÓ

Capítol I

Les necessitats d'atenció

El primer capítol del Llibre blanc considera el volum actual dels aspectes relacionats amb les persones grans amb dependència: el concepte de dependència i les seves implicacions, el creixement demogràfic de la gent gran, les previsions sobre la prevalença de la dependència i els costos relacionats amb l'atenció a la dependència.

El primer apartat del Llibre blanc revisa alguns aspectes conceptuals sobre la definició de dependència. Es presta especial atenció a aquells aspectes que poden tenir implicacions pràctiques importants en la definició de polítiques socials.

Constatem com la dependència és un fenomen que no és gens nou, però s'ha convertit en un problema SOCIAL nou. El que és nou és la seva dimensió actual des del punt de vista:

- Quantitatiu (increment a grans contingents de persones grans).
- Social (es tracta d'un nou fenomen «social» que afecta la societat en conjunt).
- De la seva naturalesa (redelimita els objectius i les funcions de l'estat del benestar i implica nous compromisos de protecció i finançament).

Considerada diacrònicament, la dependència es genera com a situació final d'una «cascada» que s'inicia per la presència d'un DÈFICIT (pèrdua o anomalia d'una part del cos o funció corporal), que genera una LIMITACIÓ EN L'ACTIVITAT (discapacitat), la qual si no és compensada per l'adaptació del seu entorn genera una RESTRICCIÓ EN LA PARTICIPACIÓ (minusvalidesa). Aquesta visió té un important caire preventiu, atesa la demostrada eficàcia de la intervenció preventiva sobre un ampli conjunt de malalties i problemes de salut per a prevenir l'aparició final de situacions de dependències.

Per últim, es destaca la importància de no tractar el concepte de dependència com una categoria homogènia, atès l'ampli ventall de situacions i respostes individuals que s'amaga sota aquest concepte.

L'apartat 2 revisa les anàlisis demogràfiques per a enfocar el tema de l'envelliment demogràfic.

Hem de constatar i rebatre aquí un fenomen que s'ha convertit ja en un tòpic: el fet d'imputar a la demografia una sèrie de problemes que tenen la seva arrel en fenòmens socioeconòmics molt més complexos.

En els últims anys s'ha anat construint una predicció de futur, des de diferents àmbits, amb un caire de «catastrofe demogràfica» caracteritzada per:

- Uns escenaris demogràfics amb increments de població gran de grans volums.
- Un increment de les proporcions de persones dependents en paral·lel a l'envelliment demogràfic.
- Un increment exponencial dels costos assistencials, sanitaris i socials generats per la gent gran.
- Una fallida potencial dels sistemes de cobertura social, des del sistema de pensions fins a les cures informals subministrades per la família.

Sense pretendre negar la legítima preocupació causada pel fenomen de l'envelliment demogràfic, hem recollit en aquest llibre un important volum d'informació que tendeix a relativitzar aquest tipus de prediccions.

L'anàlisi demogràfica amb profunditat posa de manifest el fet que, si bé és certa la previsió d'increments significatius de gent gran, també és cert que els catalans grans del futur seran molt diferents dels actuals quant a situació econòmica, cultural, de salut, etc. La preocupació per part de les polítiques públiques hauria de centrar-se aquí en grups específics de persones on l'envelliment aniria acompanyat d'altres característiques socioeconòmiques que poden portar a l'exclusió social i la necessitat de cures.

L'apartat 3 revisa la informació coneguda, d'acord amb diferents estudis, sobre la prevalença de la dependència en la gent gran.

És força conegut, i les dades presentades ho confirmen, que les importants prevalences de les discapacitats i les minusvalideses entre les persones grans afecten respectivament 1 entre cada 3 o 1 entre cada 10 majors de 65 anys.

Però en les projeccions de futur, el paral·lelisme entre envelliment i dependència es força discutit en un debat de molta actualitat: el de la teoria de la «compressió de la morbiditat». Aquesta teoria preconitza que igual que disminueix progressivament la mortalitat (increment de l'esperança de vida), les persones grans tendeixen a trobar-se en millor estat de salut (disminució de la morbiditat). Aquesta evolució tindria tendència a compensar el fenomen de l'envelliment demogràfic: més volum de persones grans no implicaria necessàriament més volum de persones malaltes i dependents. El fenomen de compressió de la morbiditat ha estat analitzat en alguns països amb conclusions molt diverses:

- Països en què el fenomen és força evident (EUA, Japó, França, Alemanya).
- Països amb resultats moderats o mixtos (Canadà, Suècia).
- D'altres on no sembla produir-se aquesta compressió de la morbiditat (Regne Unit, Austràlia, Holanda).

Al nostre país, el fenomen no ha estat estudiat amb profunditat però les informacions parcials existents tendeixen a mostrar que aquest es reproduïx.

Aquestes informacions ens confirmen la necessitat de desenvolupar un conjunt integrat de polítiques intersectorials enfocades a prevenir l'aparició i adaptar-se a les conseqüències de la dependència, des de l'adaptació del transport i l'habitatge a les persones grans fins a la millora del control dels factors de risc en les persones de mitjana edat.

El primer capítol d'aquest llibre finalitza amb l'apartat 4, on s'analitzen les preferències i expectatives de la gent gran.

En general, es constata que existeixen pocs estudis que analitzin les preferències de la gent gran. Tot i aquesta limitació, les polítiques d'atenció a la dependència han de dedicar una atenció especial a les expectatives de la gent gran.

La gent gran vol ser atesa en el seu domicili, i atorga a la família un paper significatiu en l'atenció a la dependència. Malgrat aquestes preferències, les persones grans tenen un coneixement pobre sobre les cobertures actuals i l'oferta actual de serveis, i això limita la seva capacitat per planificar com volen ser ateses en el futur. Respecte al finançament, existeix una baixa disponibilitat a pagar una assegurança de dependència, però cada vegada més s'accepta la coresponsabilitat en el cost de l'atenció.

Capítol II

Els serveis d'atenció a la gent gran amb dependència

El capítol II del llibre tracta els temes relacionats amb l'oferta de serveis per a l'atenció a la dependència. En concret analitza l'atenció informal, l'oferta formal de serveis i la seva organització, com també el cost d'atenció a la dependència.

L'apartat 1 inicia aquesta revisió per l'«empresa»proveïdora de cures més important per a la gent gran: el suport informal dels familiars. Els estudis situen entre el 65 i el 88% el volum de cures cobert per aquesta «empresa» que no factura.

Però el futur es veu amenaçat per les previsions de disminució radical de la població amb possibilitats de subministrar cures (incorporació massiva de les dones joves al treball, disminució o absència del nombre de fills, persones grans que viuen soles...). Aquestes perspectives fan que «tenir cura del cuidador» constitueixi un element clau de les polítiques socials.

L'apartat 2 està dedicat a l'oferta formal de serveis per a cures de llarga durada. Els països mediterranis ens trobem en una situació de desenvolupament dels serveis formals per sota dels centreeuropeus o nordeuropeus. Aquesta situació tendeix a explicar-se en bona part pel menor desenvolupament econòmic, però també per l'opció per unes fortes xarxes de suport informal.

A Catalunya s'ha produït en els darrers anys un considerable desenvolupament quantitatiu (en ràtios de cobertura) i qualitatiu (en diversificació dels tipus de serveis oferts). Catalunya també ha estat pionera en l'establiment de la coordinació sociosanitària, tot i que encara queda un camí important per recórrer.

Això no ha d'ocultar alguns desequilibris, entre els quals destaquen una cobertura limitada dels serveis de cures domiciliàries i importants desequilibris territorials en tots els tipus de serveis.

L'apartat 3 constata alguns problemes específics en l'organització dels proveïdors de serveis. En concret s'analitza la reduïda dimensió i el baix grau de diversificació de l'oferta de serveis (oferta «monoproducte» per la majoria de proveïdors). Aquestes limitacions tendeixen a incrementar els costos i dificultar la dotació de serveis adient.

Així mateix, s'aprofundeix en un dels aspectes més importants del sector: el desenvolupament del professionalisme. Avui, la gestió dels professionals de l'atenció és un dels principals reptes del sector.

L'apartat 4 analitza el cost de l'atenció a la gent gran amb dependència. Els estudis de costos al nostre país tenen una gran dificultat per la dispersió de fonts d'informació. Els estudis existents consideren, dintre dels costos imputables a la dependència, els components següents:

- El cost-oportunitat ocasionat pels cuidadors que abandonen la feina productiva. Un recent estudi nord-americà estima en 10,6 milions de dòlars els impostos que es recollirien a l'any 2030 per a la recuperació d'aquesta força de treball.
- El cost de les cures formals de tipus comunitari (ajut domiciliari, centres de dia, teleassistència, etc.). La nostra informació actual sobre aquests costos és força deficient, si bé s'han estimat a Espanya, al 1998, per sobre dels 216.000 milions de ptes.

- El cost de les cures en institucionalització (residències i centres sociosanitaris) estimat a Espanya, al 1998, en més de 376.000 milions de pessetes.

En conjunt, a Espanya el cost de les cures de llarga durada se situa a prop del 0,6% del PIB, encara a distància de les proporcions mitjanes de la UE (entre l'1,1 i l'1,3%) i a molta distància dels països amb proporcions més grans (els països nòrdics amb % del PIB de l'ordre del 2,3 al 2,8%).

Però en les estimacions de costos futurs hem de considerar també que l'atenció a la dependència serà un dels segments econòmics que tindrà un major creixement i un major impacte en la generació de riquesa i ocupació. Aquesta creació de riquesa i ocupació contribueix a equilibrar (per la via dels impostos i les cotitzacions) les despeses públiques generades.

Capítol III

Les polítiques d'atenció a la dependència

El tercer capítol del llibre aborda els aspectes relacionats amb el disseny de polítiques d'atenció a la dependència: el finançament de la dependència, el paper de les administracions públiques i el model d'atenció.

L'apartat 1 analitza les perspectives de viabilitat futura del sistema de finançament de la dependència.

Les previsions més «catastrofistes» posen en qüestió la capacitat que les famílies o la societat puguin finançar, en els futurs escenaris demogràfics, les cures de llarga durada. Aquestes expectatives són força discutides; els experts atribueixen, respecte a la viabilitat del finançament de la dependència, molt més pes als indicadors macroeconòmics que a l'evolució demogràfica o de la dependència.

Però això no impedeix el debat sobre les polítiques que s'haurien de decidir ara per garantir que les generacions del «baby boom» (que a Espanya es consideren les cohorts nascudes entre 1965-1975) tinguin coberts els riscos de patir situacions de dependència greu.

El sistema d'assegurament de la dependència s'ha formulat com una de les alternatives en debat actual per tal de garantir el finançament d'aquesta cobertura.

No obstant això, volem remarcar que el debat de la dependència no pot limitar-se a la discussió sobre l'assegurament de la dependència. En concret, un debat exhaustiu sobre el finançament ha d'abordar tres aspectes:

- El nivell de cobertura que es vol oferir a la població, a escala de persones ateses i grau de prestacions.
- Les fonts de finançament de l'atenció de la dependència, ja sigui amb un sistema d'assegurament o altres alternatives.
- Les modalitats de compra de serveis que s'utilitzarà per distribuir el finançament entre els proveïdors.

La iniciativa del finançament de la dependència a través de la lliure elecció de l'usuari (xec-servei) està resultant un bon exemple sobre com abordar la problemàtica del finançament sense articular una assegurança de la dependència.

L'apartat 2 revisa les reflexions sobre els nous compromisos i el paper de les administracions al voltant de la dependència.

En aquest aspecte, el canvi experimentat per la dependència com a problema social sembla que ha de portar les administracions públiques a una nova definició explícita sobre la cobertura pública de la dependència.

Al davant de les expectatives de futur, es considera que l'opció de «no intervenir» serà sens dubte l'opció amb més cost social i econòmic que avui poden prendre les nostres administracions públiques.

La necessitat d'ampliar la cobertura de serveis ens porta, a l'apartat 3, a revisar el model assistencial. Plantegem la reorientació cap a un model basat en les necessitats dels usuaris i amb una oferta de serveis integrada per al conjunt de necessitats de l'usuari.

Capítol IV

Desenvolupament del sector

El sector d'atenció a la dependència és relativament jove, i per tant, requereix invertir en accions que permetin el seu ràpid desenvolupament i maduració. Aquestes accions s'han d'articular en tres eixos.

En primer lloc, la qualitat assistencial, que es revisa a l'apartat 1. Aquí es revisen els enfocaments tradicionals i més innovadors de la qualitat assistencial al sector social i es reforça el paper proactiu de l'Administració com a garant i impulsora de les polítiques de qualitat.

En segon lloc, la bioètica. L'apartat 2 revisa els, encara incipients, abordatges sobre el tema en el sector social i socio sanitari.

Per últim, les activitats del coneixement (formació, recerca...) són revisades a l'apartat 3, que conclou amb la necessitat d'un abordatge sistematitzat de les polítiques en aquests àmbits.

CAPÍTOL I

LES NECESSTATS D'ATENCIÓ

1. Conceptes al voltant de la dependència

Una persona és socialment dependent quan, a conseqüència de limitacions severes d'ordre físic o mental, requereix l'ajuda d'una altra persona per realitzar les «activitats de la vida diària».

S'ha considerat l'existència d'un procés conceptual (una «cascada de la dependència») que explica el continu entre la malaltia i l'aparició de la dependència:

- S'inicia per l'aparició d'un DÈFICIT (pèrdua d'una part del cos o funció), habitualment com a conseqüència d'una malaltia o accident.
- Aquest dèficit comporta una LIMITACIÓ EN L'ACTIVITAT (discapacitat).
- La no compensació d'aquesta discapacitat mitjançant l'adaptació de l'entorn, provoca una RESTRICCIÓ EN LA PARTICIPACIÓ (minusvalidesa) que és el que es relaciona amb la DEPENDÈNCIA de l'ajut d'altres per a realitzar les activitats de la vida quotidiana.

Figura 1

Classificació internacional de funcionament, discapacitats i estats de salut.

Organització Mundial de la Salut, 2001

Discapacitat: És un terme bagul per dèficits, limitacions en l'activitat i restriccions en la participació. Denota els aspectes negatius de la interacció entre l'individu (amb una condició de salut) i el seu entorn (factors contextuals i ambientals).

Dèficit: És la pèrdua o anormalitat d'una part del cos (estructura) o funció corporal (funció fisiològica). La funció fisiològica inclou les funcions mentals. Anormalitat es refereix estrictament a una desviació significativa de les normes estadístiques establertes (com desviació de la mitjana d'una població amb normes estandarditzades) i només s'ha d'utilitzar en aquest sentit.

Limitació en l'activitat: (Substitueix el terme Discapacitat utilitzat l'any 1980.) Són les dificultats que un individu pot tenir en l'execució de les activitats. Una limitació en l'activitat pot ser variar entre una lleu o greu desviació en termes de quantitat o qualitat, en l'execució de l'activitat en la manera, extensió o intensitat de l'esperada en una persona sense la condició de salut.

Restricció en la participació: (Substitueix el terme minusvàlua utilitzat l'any 1980.) Són problemes que un individu pot experimentar en la seva implicació en situacions vitals. La presència de restriccions en la participació és determinada per la comparació de la participació d'un individu amb la participació esperada d'un individu sense discapacitat en aquella cultura o societat.

Barrera: Són tots aquells factors ambientals en l'ambient d'una persona que delimiten el funcionament i creen discapacitat. Poden incloure aspectes com ara un ambient físic inaccessible, falta de tecnologia assistencial apropiada, actituds negatives de les persones vers la discapacitat, i també serveis, sistemes i polítiques que no existeixen o que específicament dificulten la implicació de totes les persones, amb una condició de salut que comporti una discapacitat en totes les àrees de la vida.

Font: Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades i Estados de Salud*. 54ena Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.

La dependència és un concepte amb implicacions socials

Figura 2

Relació, en percentatge, de les persones que necessiten diferents tipus d'ajuda per realitzar les AVQ bàsiques i instrumentals

	a (%)	b (%)	c (%)	d (%)
Cuinar	55,9	5,6	12,1	25,9
Fer neteja i feines de la llar	46,3	8,5	20,2	24,5
Aixecar-se, vestir-se, netejar-se	81,6	8,1	10,0	0,1
Banyar-se, dutxar-se	77,9	8,0	13,9	0,1
Caminar per dins de casa	85,2	8,5	6,0	0,0
Pujar i baixar les escales	71,3	15,5	12,7	0,3
Sortir i caminar pel carrer	77,1	10,7	11,9	0,2
Utilitzar el telèfon	83,2	5,4	8,4	2,2
Utilitzar el transport públic	67,2	7,5	18,8	5,5
Anar de vacances i viatjar	56,9	3,0	17,5	19,6
Fer papers, gestions, anar a bancs	58,9	5,8	22,9	12,1
Portar el control dels diners, portar els comptes	73,0	5,7	15,1	5,7

a. Les que es realitzen sense ajuda

b. Les que es realitzen sense ajuda, però amb dificultat

c. Necessiten ajuda, petita, gran o no poden encara que els ajudin

d. No les fan perquè mai no les han fet

Figura 3

«La dependència vol dir recórrer a un tercer...

...la «dependència» s'entén, freqüentment, com l'oposat de l'autonomia, o inclús com a sinònim de «pèrdua d'autonomia», quan el que passa és que es tracta de conceptes diferents: es pot ser dependent d'una persona, d'un objecte (bastó, cadira, pròtesi... per al desplaçament, per exemple), però ser capaç de «gestionar la pròpia vida», ésser autònom.

Segons els instruments, la dependència s'entén a través de l'ajut («s'aixeca amb ajut o sense») o de la capacitat funcional («pot caminar en terreny pla, puja les escales»).

Font: Gardent H. *Alcance y límites de los instrumentos para la evaluación de la dependencia en los ancianos*. «Rev. Gerontol.» 1992; 4: 261-265.

L'enfocament actual de la definició de dependència s'orienta cap a dos vessants bàsics per a la comprensió del fenomen de la dependència:

- La funcionalitat (capacitat per realitzar les activitats de la vida quotidiana –AVQ–) com a enfocament alternatiu al tradicional en ciències de la salut de la «normalitat» anatòmica i fisiològica.
- L'adaptació de/a l'entorn com a compensació de la limitació en l'activitat que evita la dependència de l'ajut d'altres.

És precisament en l'adaptació de/a l'entorn on la societat pot actuar per a evitar que una discapacitat ja existent suposi una dependència d'altres.

En el context de l'actual Llibre blanc ens referim bàsicament a la dependència física com a causa de necessitat d'ajut que genera un important problema social.

... molt relacionades amb la pèrdua de la salut i el concepte socio sanitari...

Els conceptes de «salut» i de «funcionament» mantenen una permanent imbricació que és important d'analitzar.

Des del punt de vista preventiu, per la demostrada eficàcia de les intervencions sanitàries en edats mitjanes de la vida per a prevenir l'aparició de la dependència en les edats més grans:

- La millora dels hàbits de la població s'ha demostrat que contribueix significativament a millorar l'esperança de vida sense incapacitat.
- Això confereix a les intervencions sanitàries un gran paper, en endarrerir l'aparició de la dependència.

En els casos en què la dependència ja està establerta, la més que freqüent coexistència de malalties actives complica l'adaptació de la persona, fins al punt que els casos de persones amb majors necessitats assistencials, són aquelles en què coincideix la situació de dependència funcional amb la pluripatologia i la inestabilitat clínica.

Aquesta interrelació és aquella que, al nostre país, ha donat lloc al concepte de l'«espai socio sanitari». L'asimetria existent actualment entre els serveis sanitaris i els socials és, precisament, una de les dificultats més significatives per a la protecció de les persones grans amb dependència i malaltia: la sanitat constitueix un servei de caire universal i gratuït com a dret legal per a tots els ciutadans, mentre que els serveis socials públics tenen un caire complementari de les possibilitats de l'individu i el seu entorn. Organitzar tots dos tipus de serveis coordinats alhora en la mateixa persona constitueix moltes vegades un repte significatiu.

Figura 4

L'espai socio sanitari

«...entendem com a clients amb necessitat de serveis socio sanitaris» les situacions següents:

- Clients amb necessitat simultània en ambdues àrees.
- Quan la necessitat és significativa quantitativament o qualitativa en ambdós camps, tant en la intensitat de la intervenció com en la duració en el temps.
- Quan les intervencions d'ambdós sectors són sinèrgiques en el seu efecte».

Font: Navarro C., Cabasés J.M. i Tormo M.J. (1995): *La Salud y el Sistema Sanitario en España*: Informe SESPAS.

La dependència no és un fenomen nou, però sí la seva dimensió actual...

El fenomen de la dependència no és gens nou. El que és nou és la seva dimensió actual des del punt de vista:

- Quantitatiu (increment a grans contingents de persones grans).
- Social (es tracta d'un nou fenomen «social» que afecta la societat en conjunt).
- De la seva naturalesa (redelimita els objectius i funcions de l'estat del benestar i implica nous compromisos de protecció i finançament).

El concepte de dependència no pot ser tractat com una categoria homogènia:

- Constitueix la resultant de diferents causes socials, individuals i institucionals (multicausalitat).
- Es manifesta en una àmplia varietat de dimensions i facetes (multidimensionalitat).
- Desenvolupa respostes de molt diferent caire (protectores, pal·liatives, altruistes, inhibidores...).

També les percepcions dels diferents actors (persona dependent, professional assistencial, i familiars) varien notablement respecte a la visió de la dependència i de les seves implicacions.

Figura 5

Percepcions sobre els objectius de l'atenció: prevalença de les respostes segons els actors involucrats

Àrees	Cuidador informal (n= 200; %)	Grans (n=134; %)	«Case managers» (n=226; %)	Físics (n=226; %)
Educació	57,5	17,2	81,9	47,3
Social/familiar relacions/ activitat	53	23,9	43,4	30,5
Funcionalitat i dependència	36	29,9	22,6	34,1
Supervisió	34	11,2	31,9	27,9
Salut general i benestar	32,5	31,3	1,3	1,8
Medicació	30,5	8,2	48,7	27
Mèdics	24,5	20,9	33,2	27,4
Cognitius	20,5	6,7	19,9	10,2
Emocionals	20	11,2	21,7	18,6
Conductes saludables	15	11,2	19,5	16,8
De conducta	11,5	3,7	19,9	18,1
Cures	10	14,2	4	10,6
Conducció	10	3,7	17,7	15,9
Seguretat	9,5	4,5	7,5	14,2
Modificacions de l'entorn	9	1,5	5,8	2,7
Dignitat i autonomia	6	0,7	2,2	0,4
Estabilitat econòmica	2	0,7	0,9	0,9

... en un conjunt de situacions tan diverses que hauríem de parlar més aviat de LES DEPENDÈNCIES...

Aquestes percepcions diferents ens orienten a entendre l'abordatge assistencial de la dependència com un «pacte terapèutic» entre el «nucli cuidador»:

- els serveis professionals,
- la persona gran i
- la família.

En el cas de les demències més evolucionades, l'única persona que no pot opinar sobre el protocol d'atenció és la mateixa persona gran. Aquesta característica provoca que l'atenció a les demències requereixi una intervenció específica.

Aquesta complexitat explica tant la dificultat de definir el concepte com l'extraordinària amplitud d'instruments existents per a mesurar-la i la dificultat d'harmonitzar instruments: En el fons sota el nom simplificat de dependència estem mesurant coses molt diferents amb objectius molt diferents.

En resum, el conjunt de temes implicats és tan diferent entre ells que segurament hauríem de parlar, amb tota propietat, de «les dependències» molt més que de «la dependència».

Figura 6
El nucli cuidador



Font: Boada M. i Casado M. (2002): *Bioètica, Derecho y Alzheimer*. Tirant lo Blanch. València.

1. Caldria elaborar una definició operativa (mesurable i verificable) de la dependència orientada a facilitar el reconeixement en la pràctica dels drets a l'atenció.

- Aquesta definició seria adient que es realitzés per a tot l'Estat com a garantia d'un accés equitatiu al conjunt de prestacions.

- La definició podria comportar diferents nivells, en funció del ventall de cobertures amb prestacions diferenciades.

2. S'hauria de desenvolupar una política social que permetés identificar els punts de la «cascada de dependència» susceptibles d'intervenció eficaç (de caire preventiu o rehabilitador).

- Una política social/sociosanitària integrada hauria d'incloure els programes d'intervenció sobre els individus i l'entorn a diferents nivells per tal de reduir l'abast i l'impacte de la dependència.

3. S'haurien de definir intervencions i programes d'atenció a la dependència de caire interdisciplinari.

- Per a la política social, aquesta interdisciplinarietat implicaria un abordatge intersectorial, per part de les administracions i la societat, dels diferents aspectes que influeixen en la dependència i el seu entorn.

- Des del punt de vista dels serveis, implicaria un abordatge integrat dels diferents àmbits i nivells assistencials.

- Aquest caire d'interdisciplinarietat s'hauria d'organitzar al voltant de les necessitats específiques i els nivells de dependència dels ciutadans.

S'hauria de definir un model d'atenció flexible, que des del concepte multidimensional de la dependència, s'adaptés a les necessitats de la persona i el seu entorn, i proveís una combinació variable de serveis i recursos.

- Les intervencions de caire rígid tenen un elevat risc de fracàs per inadaptació a l'extens ventall de situacions compreses sota el terme de «dependència».

4. S'haurien de dissenyar intervencions sobre l'entorn que contribuïssin a disminuir la dependència. Aquestes intervencions haurien de ser objecte actiu de totes les administracions implicades i la societat.

- Les intervencions haurien d'incloure l'entorn en el sentit més ampli, considerant tant l'estructura física i tecnològica com el nucli cuidador i el procés assistencial.
- Les intervencions haurien d'anar adreçades a eliminar o minvar els riscos de generació de dependència per part de l'entorn.

Catalunya experimentarà, com també ho faran Espanya i Europa, un increment significatiu del nombre de persones grans en els pròxims anys

Figura 7

Evolució de les persones grans per grups d'edat. Espanya. 1960-2020

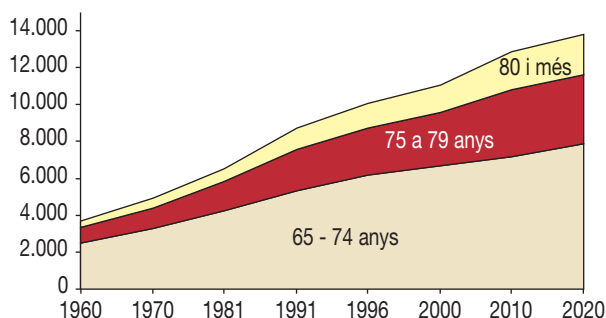


Figura 8

Esperança de vida a les diferents edats. Catalunya. 1998. (En anys.)

Edats	Homes	Dones
10 anys	66,4	73
30 anys	47,2	53,4
50 anys	28,8	34,1
70 anys	13,1	16,2
80 anys	7,4	8,9

Figura 9

Població segons gènere i grups d'edat. Catalunya. 1996

Edat	Total	Dones	Homes
Total	989.229	581.114	408.123
De 65 a 69 anys	315.700	170.270	145.433
De 70 a 74 anys	268.546	150.510	118.037
De 75 a 79 anys	183.163	111.894	71.268
De 80 a 84 anys	126.171	81.326	44.845
De 85 a 89 anys	68.010	46.741	21.269
De 90 a 94 anys	23.043	16.885	6.162
De 95 anys i més	4.596	3.488	1.109

2. Evolució demogràfica

El gran èxit de la nostra societat ha estat obtenir l'allargament de la vida per sobre d'edats que eren gairebé excepcionals a principis de segle.

L'increment progressiu de l'esperança de vida genera, doncs, un volum de població creixent per sobre dels 65 anys:

- L'esperança de vida un cop arribats els 70 anys és de 13,1 anys per als homes i de 16,2 anys per a les dones.
- L'esperança de vida per a les persones que arriben als 80 anys oscil·la encara entre els 7,4 anys per als homes i els 8,9 per a les dones.

L'any 2000, a Catalunya, les persones més grans de 64 anys, arriben al voltant d'un milió, amb gairebé 500.000 persones per sobre dels 74 anys.

- El 2006, a Catalunya, la població més gran de 64 anys oscil·larà entre 1,129 i 1,159 milions de persones.
- El 2020 aquesta xifra ascendirà als 1,340 i 1,285 milions respectivament.
- L'any 2030 aquest grup poblacional sumarà entre 1,503 i 1,604 milions de persones.

Té un interès particular l'anomenat «sobreenvelliment». Actualment comencem a trobar-nos amb poblacions importants de persones molt grans, i la previsió de trobar-nos amb importants grups de ciutadans centenaris planteja nous reptes sobre com ha de ser l'envelliment del futur.

Així mateix, l'increment massiu de l'esperança de vida planteja el repte de redefinir l'edat (60-65 anys) en què es comença a ser definit com a «persona gran», i que va ser fixada en temps que arribar a aquestes edats en bona salut no era gaire freqüent.

El patró d'envelliment de Catalunya es caracteritza per dues etapes amb final i inici el 2011

Actualment, a Catalunya, Espanya i la Unió Europea, les estructures de la població gran, per grups d'edat, són semblants.

A Catalunya, l'índex d'envelliment de la població s'incrementarà de manera significativa fins a l'any 2030.

El fenomen de l'envelliment per a les properes dècades està força influenciat pel menor nombre d'efectius de les generacions nascudes durant la guerra civil i la postguerra immediata.

Això condicionarà que el fenomen d'envelliment de la població es produirà en dues etapes:

- El període 2001-2011, en què el creixement estarà caracteritzat sobretot per un increment del grup de 75-84 anys major que el de la resta de grups de gent gran.
- En canvi, a partir del 2012 i fins a l'any 2020, s'espera un increment superior del grup de 65-74 anys.

Aquest creixement no uniforme repercuteix directament sobre les necessitats d'atenció.

- Les persones més grans de 85 anys creixeran, ininterrompudament, durant els propers 20 anys.
- Dins d'aquest grup, les persones entre 80 i 84 anys creixeran significativament fins a l'any 2010, i a un ritme més lent a partir d'aquesta data.

Figura 10

Estructura de la població a Catalunya, Espanya (1999) i Europa (1997)

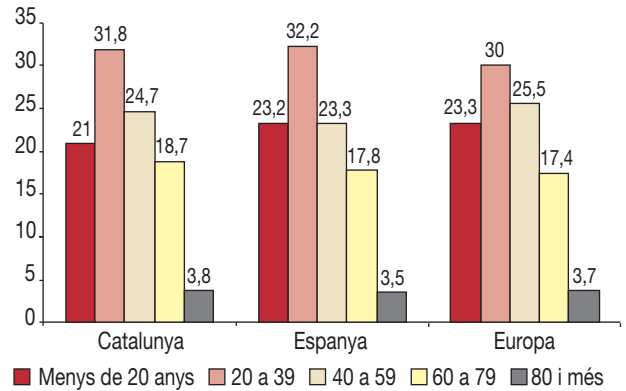
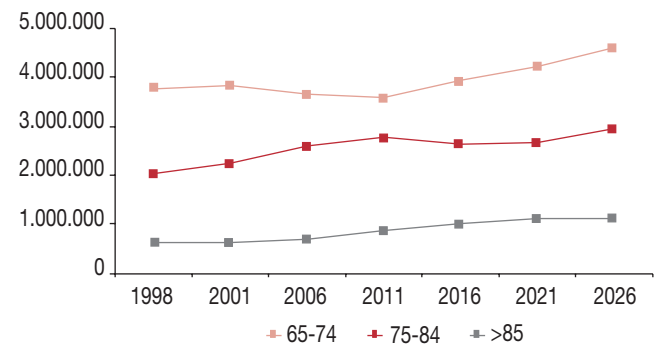


Figura 11

Evolució de les persones de 65 anys per grups d'edat. Espanya. 2001-2026



L'envelliment en l'àmbit rural és un dels reptes més importants de l'atenció a la dependència

Figura 12

Nombre de persones grans segons el tipus de municipi

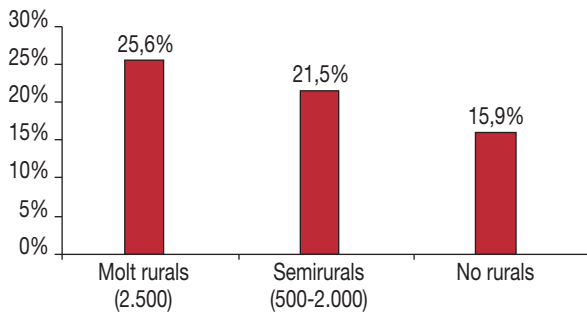
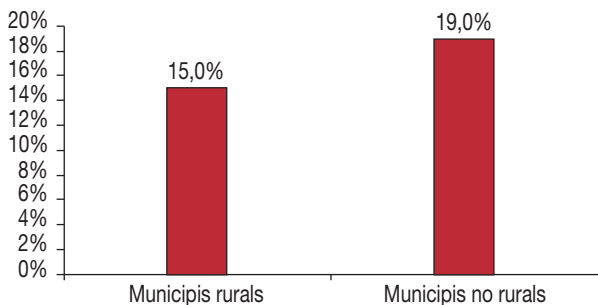


Figura 13

Proporció de persones que viuen soles en l'àmbit rural i urbà



A Catalunya tant el volum global com les projeccions de l'envelliment es concentren en els nuclis urbans.

- Més del 80% dels catalans grans viuen en municipis de més de 100.000 habitants.

No obstant això, l'envelliment en territoris de baixa densitat presenta avui un dels reptes més importants de l'atenció a la dependència.

- A Catalunya viuen 87.332 persones grans en els territoris de baixa densitat, fet que representa el 8,8% del total de persones grans.

- Viuen en 660 municipis de baixa densitat, que representen el 69,9% del total de municipis de Catalunya.

- A més a més, el 56% dels municipis de baixa densitat tenen menys de 500 habitants, de manera que són un clar indicador de la dispersió del fenomen rural en el territori.

L'envelliment en territoris de baixa densitat és un fenomen plural, és a dir, que afecta tota la comunitat.

- L'índex d'envelliment en els municipis de baixa densitat és molt més elevat.

- La proporció de persones que viuen soles és menor que en l'àmbit urbà.

La demografia no és determinista. Existeixen alguns factors que permeten ser optimistes sobre el futur

Malgrat l'abusiva utilització que es realitza de la demografia per justificar totes les amenaces, els estudis demostren que els canvis demogràfics no justifiquen per si mateixos impactes significatius en els serveis assistencials; hi ha altres factors més importants.

Molta de la preocupació relacionada amb la capacitat del país d'adaptar-se a una societat envellint es basa en nocions sobre les necessitats i les contribucions de les actuals persones grans.

- Però es raonable assumir que les persones grans de demà es comportaran de manera diferent, tindran necessitats diferents i, per tant, influiran sobre els mercats i les polítiques públiques de manera diferent.

Figura 14

Les persones grans seran diferents

Hi ha tres raons per a pensar que les persones grans de demà seran diferents de les d'avui.

1. De mitjana, les persones grans d'avui es troben molt millor que les de generacions anteriors. Les persones grans d'Amèrica viuen d'una manera que pocs haurien imaginat quan eren joves. Estan millor educades, són més sanes, i riques.

...

Font: National Academy on an Aging Society (1999): *The Public Policy and Aging Report*. Gerontological Society of America. Vol. 9 (4); 1-14.

En l'anàlisi de les projeccions demogràfiques cal defugir tant el catastrofisme com les interpretacions simplistes

1. El final de la «transició demogràfica» a Catalunya generà una piràmide demogràfica força diferent de la de fa només 30 anys. Però aquests canvis no han de ser en cap moment objecte d'utilització abusiva pel que respecta a les estimacions futures de la dependència. Malgrat els abundants tòpics, el paper de la demografia ha de ser relativitzat al màxim.

2. En canvi, la demografia i les projeccions de futur ens han d'ajudar a caracteritzar i millorar el coneixement sobre grups específics (en funció de variables com l'edat, el sexe, la situació familiar...):

- S'haurien de buscar canvis significatius en subgrups específics de gent gran que podrien tenir impactes notables en la necessitat de serveis, més que parlar de grans impactes globals de l'envelliment.
- Específicament, l'evolució dels subgrups més envellits (centenaris...) hauria de ser objecte de particular atenció com a fenomen nou.

3. S'hauria d'evitar, sobretot, tractar la gent gran com un grup homogeni. El disseny dels programes per a la gent gran hauria de tractar de manera diferenciada les diferents necessitats, situacions i aspiracions dels subgrups que formen el conjunt de la gent gran.

Malgrat el nombre d'estudis realitzats sobre la prevalença de la dependència, la informació disponible és encara insuficient

3. Incidència i prevalença de la dependència

El volum d'informació i estudis publicats sobre la dependència a Espanya i Catalunya és encara incomplet, malgrat no ser menyspreable.

Els estudis sobre dependència poden agrupar-se en dues tipologies:

- Estudis exhaustius i multidimensionals sobre la prevalença de la dependència i d'àmbit local, difícilment extrapolables a altres contextos.
- Estudis sobre l'estat de salut i l'estat funcional de la gent gran a escala estatal o autonòmica. Presenten dades significatives i comparables entre territoris, però amb una visió parcial o indirecta de la dependència.

Principals estudis sobre la prevalença de la dependència

Estudis multidimensionals d'àmbit local

- *Envellir a Leganés* (1986). BÉLAND I ZUNZUNEGUI.
- *Enquesta de salut. Vigo* (1994): EIROA ET AL.
- *Estudi sobre les necessitats d'atenció socio sanitària de les persones grans al municipi de Móstoles* (1994). Fundación Cajamadrid.

Estudis sobre l'estat de salut i l'estat funcional a escala autonòmica o estatal

- *Enquesta sobre discapacitats, deficiències i minusvalideses* (1986, 1999).
- *Enquesta de salut de Barcelona* (1986). RUIGÓMEZ I ALONSO.
- *Enquesta de salut de Catalunya* (1994).

No obstant això, aquests estudis permeten extreure algunes conclusions per caracteritzar la dependència

Figura 15

Percentatge de persones amb discapacitat segons els grups d'edat

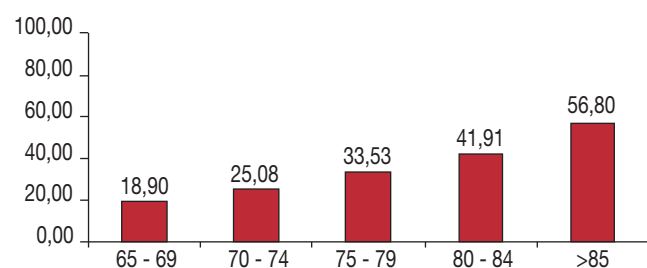


Figura 16

Prevalença de discapacitat segons grups d'edat i sexe a Espanya. 1999

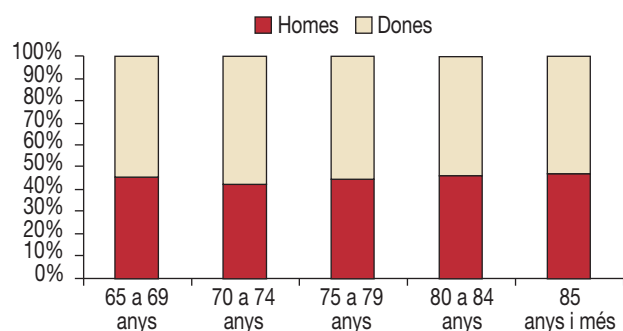
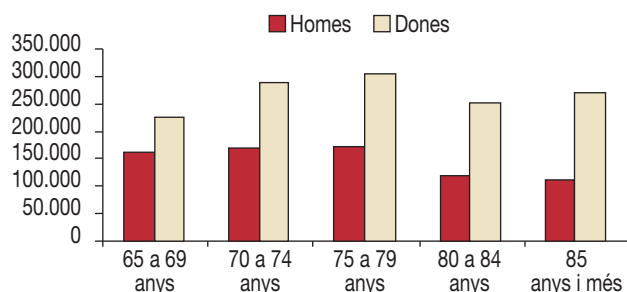


Figura 17

Persones amb discapacitat segons grups d'edat i sexe, en xifres absolutes, a Espanya. 1999



Aquests estudis tendeixen a diferir en resultats i són difícilment comparables per:

- Definició del límit de dependència i no dependència.
- Valoració unidimensional o multidimensional de la dependència.
- Avaluació del grau de dependència i classificació en grups.

La dependència es concentra majoritàriament entre la gent gran.

- Segons l'enquesta de discapacitats de l'INE, més de la meitat de les discapacitats a Espanya es produeixen en majors de 65 anys.

La dependència s'incrementa amb l'edat...

- La presència de discapacitats creix des d'un 18,9% en el grup de 65-69 anys, fins a arribar a un 56,8% en les persones de més de 85.

...i manté una prevalença similar entre sexes.

No obstant això, en termes absoluts existeixen més dones dependents, i és degut a l'esperança de vida més gran de les dones.

- Això provoca que el 61% de les persones amb discapacitat siguin dones i el 39% siguin homes.

No obstant això, aquests estudis permeten extreure algunes conclusions per caracteritzar la dependència

Els estudis més rigorosos a Espanya ofereixen sempre resultats de dependència entre les persones més grans de 64 anys agrupats en tres categories.

- Al voltant d'un 60-65% no presenten cap tipus de dependència.
- Al voltant del 20% de les persones grans tenen una dependència incipient o lleugerament deteriorada, sense que suposi una limitació important per a les activitats de la vida diària.
- Al voltant del 15% de les persones grans tenen algun tipus de dependència moderada o severa, amb restriccions en diverses AVQ i AIVQ.

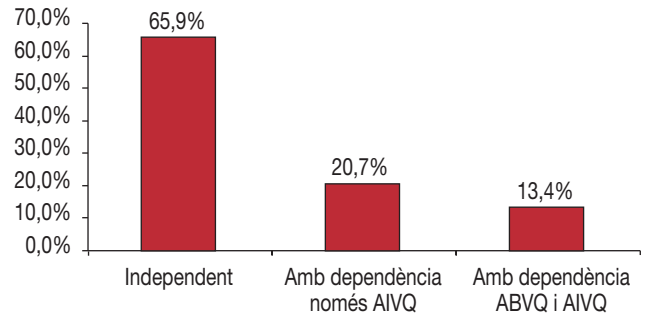
El deteriorament amb l'edat de les capacitats funcionals de la gent gran segueix patrons coneguts:

- La meitat de les dependències són d'origen mental.
- Les activitats de la vida quotidiana segueixen un patró de deteriorament, començant per les més complexes (banyar-se, desplaçar-se a l'exterior...).

La prevalença de la malaltia d'Alzheimer es duplica cada 5 anys després dels 60 anys.

Figura 18

Prevalença de la dependència a Espanya (1998)



ABVQ: Activitats bàsiques de la vida quotidiana
AIVQ: Activitats instrumentals de la vida quotidiana

El coneixement dels factors explicatius de la dependència és un element clau per a dissenyar l'atenció

Si la informació disponible sobre la incidència i prevalença de la dependència és insuficient, encara ho és més en l'estudi de les causes de la dependència.

Al nostre país, altres estudis han analitzat els factors explicatius de la dependència a partir de l'anàlisi multivariant. Els principals factors predictius de la dependència són:

- L'edat
- L'estat de salut
- El nivell d'estudis (analfabetisme)

Altres estudis, a escala internacional, han analitzat les diferències en la prevalença de la dependència funcional en grups de persones amb diferents nivells socioeconòmics. Les principals conclusions són:

- Les persones amb menor nivell socioeconòmic presenten una prevalença superior de la dependència.
- El principal factor explicatiu és una incidència més gran de la dependència en els grups amb nivells socioeconòmics baixos.
- I un cop es produeix la dependència, l'evolució d'aquesta no presenta diferències entre nivells socioeconòmics.

Per tant, els esforços en la reducció de les diferències en la prevalença s'han d'enfocar cap a polítiques actives de prevenció.

La constatació de l'efecte de la compressió de la morbiditat reforça la necessitat d'afavorir les polítiques de prevenció, els estils de vida saludable i l'envelliment actiu

Es consideren en l'actualitat dues teories oposades en l'impacte de l'envelliment demogràfic sobre la dependència:

- **Expansió de la morbiditat:** L'increment de l'esperança de vida no s'acompanya d'una reducció semblant de la morbiditat. Per tant, els anys de vida guanyats són a expenses d'una incapacitat més gran.
- **Compressió de la morbiditat:** La reducció de la morbiditat és superior a la reducció de la mortalitat, fet que significa que no únicament es guanyen anys de vida, sinó que aquests es guanyen en anys de vida sense incapacitat.

Els últims estudis publicats indiquen que el nivell de dependència tendeix a disminuir, i per tant augmenta el nombre de persones grans autònomes.

- L'estudi de Manton i altres (1997) sobre l'evolució dels nivells de dependència als EUA entre el 1982 i el 1994 demostra una caiguda significativa del nivell de dependència, a un ritme de decreixement de l'1,3% anual.
- Aquesta mateixa tendència ha estat confirmada per Jacobzone (1999) a partir de l'estudi dels nivells de dependència en diversos països europeus, tot i que amb un patró de decreixement lleugerament inferior: 0,75% anual.

Les persones amb una conducta o estils de vida més saludables endarrereixen l'aparició de la discapacitat.

- Alguns estudis internacionals suggereixen que el consum de tabac, l'alt índex de massa corporal i l'absència d'exercici físic en edat madura són predictors de l'inici de les discapacitats.

Figura 19

Evolució de la prevalença de la dependència als EUA, 1982-1999

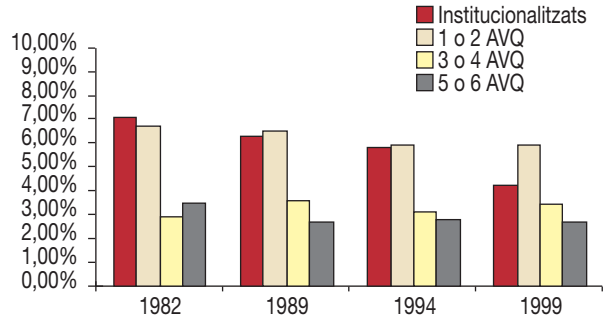


Figura 20

Distribució del nivell sense dependència des del 1982 fins al 1999 als EUA

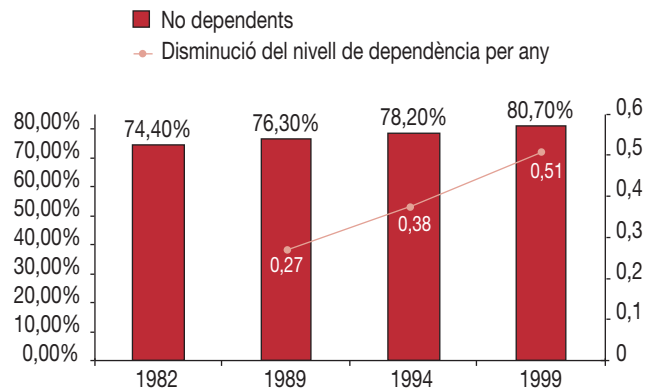
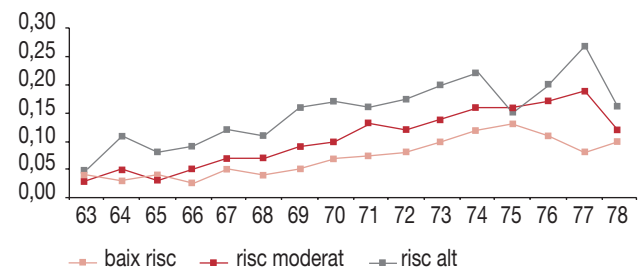


Figura 21

Índex de discapacitat amb relació als factors de risc



La prevenció i la reducció dels factors de risc és un element clau per afegir vida als anys... i contenir els costos de la dependència

1. S'hauria de reforçar el pes de les intervencions actives poblacionals sobre els factors de risc i els hàbits per tal de millorar l'esperança de vida sense incapacitat. La discussió entre «compressió de la morbiditat» i «expansió de la morbiditat» és més una decisió del conjunt de la societat que un problema científic en estudi.

La prevenció primària de la dependència constitueix una responsabilitat:

- En primer lloc, del sistema de salut, que té unes responsabilitats clarament definides sobre aquest camp, en especial pel que respecta a la xarxa d'atenció primària de salut.
- En segon lloc, les institucions públiques, les empreses, els mitjans de comunicació, etc. haurien d'incorporar la promoció de la salut en aquells programes de foment dels hàbits saludables que els pertoca.
- Per últim, dels ciutadans que poden fer seu el concepte d'«estalviar/invertir en salut» (fent un paral·lelisme de l'estalvi econòmic) per al seu futur individual com a persones grans actives.

El concepte de prevenció de factors de risc hauria d'evitar tractar l'envelliment (incloent-hi la dependència) com una malaltia.

2. Els programes i serveis sanitaris i sociosanitaris haurien de desenvolupar els aspectes rehabilitadors per conservar i recuperar al màxim possible les capacitats funcionals de les persones dependents.

3. La dependència es genera tant per l'estat de la persona com per l'existència de barreres i dificultats d'accessibilitat i ús dels equipaments. Les polítiques de millora de l'accessibilitat i d'eliminació de barreres són l'altre component de la prevenció general de la dependència.

4. És necessari impulsar estudis per a un millor coneixement de la incidència, la prevalença i les causes de la dependència a Catalunya.

Les persones grans volen ser ateses en el seu domicili, i atorguen a la família un paper central

4. Preferències i expectatives de la gent gran

Avui, viure a la pròpia llar és un dels valors més significatius entre les persones grans...

- El 78,6% de la gent gran expressa que vol viure a la seva llar.

...i també ho és en cas de necessitar ajuda d'una tercera persona.

- El 82% desitjaria mantenir-se en el seu propi entorn (llar), ja sigui rebent serveis socio-sanitaris formals, atenció informal o compartint pis.

I aquestes preferències es mantindran en el futur, atès que així ho expressa el col·lectiu de persones entre 50 i 64 anys.

Les persones grans veuen la família com la principal responsable de l'atenció en cas de dependència.

Aquestes constatacions són contradictòries amb la realitat del sector serveis, actualment molt orientat cap als centres residencials malgrat les preferències de professionals i gent gran cap a l'atenció a domicili.

Figura 22
On prefereix viure la gent gran?

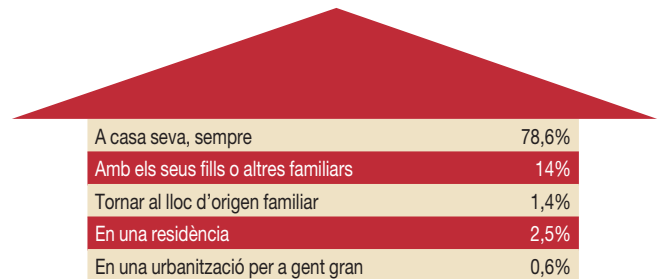


Figura 23
Preferències de la gent gran en cas de necessitar ajuda en un futur pròxim

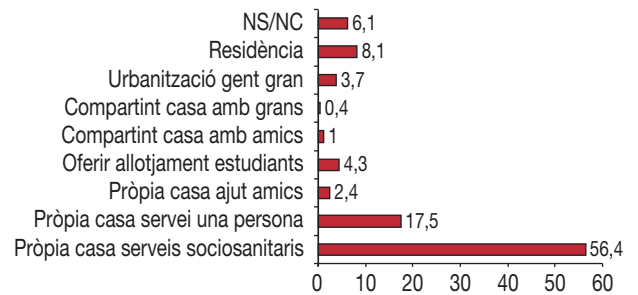


Figura 24
Preferències en la modalitat d'atenció entre persones de 50 a 64 anys

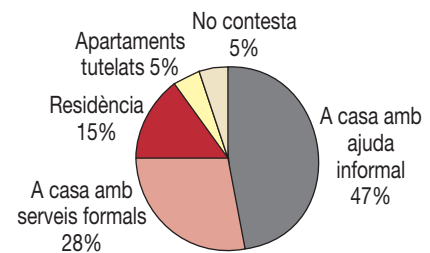
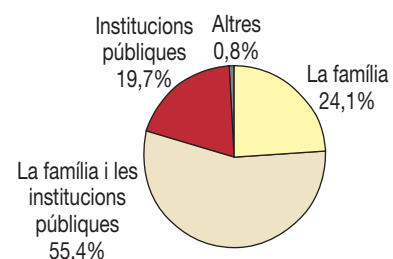


Figura 25
Qui ha d'afrontar la dependència?



Les persones grans no disposen d'informació suficient sobre l'oferta de serveis, i planifiquen poc les necessitats d'atenció

Figura 26

Patrons de comportament en la planificació dels serveis d'atenció a la dependència

Perfil reactiu

L'elecció de la corba sorgeix com a resposta a una crisi deguda a un accident o malaltia.

El patró de conducta segueix tres fases:

1. Hospitalització i detecció de la necessitat de cura posthospitalària
2. Recerca ràpida i limitada i manca de criteris i d'informació
3. Revisió a curt termini de l'opció escollida

Perfil planificador

Els «A.P.» cerquen alternatives i planifiquen les opcions de cura mentre estan sans.

Perfil de consciència despertada

La consciència de necessitat de cura sorgeix com a resposta a una crisi no materialitzada i una caiguda que podia haver provocat serioses conseqüències, però que no va ser així.

Perfil resistent al canvi

La persona gran és forçada a canviar la seva manera de vida pels seus familiars o professionals, els quals observen una major dependència o un deteriorament de l'estat de salut. En general, la persona gran es resisteix al canvi, coneix poc les opcions de cura disponibles i la decisió recau sobre algun familiar (cura informal).

Font: MALONEY S. K. et al. (1996): *Personal decision making styles and long term care choices*. *Health Care Financing*. «Review». Vol.18 (1).

Les persones grans, i la societat en general, no distingeixen nítidament les diferències entre serveis sanitaris i atenció a la dependència. Això genera creences errònies sobre la cobertura pública, en cas de dependència.

A més a més, hi ha una falta d'informació important al voltant de l'oferta de serveis. Aquesta falta d'informació és més gran en cas de l'oferta d'atenció a domicili, tot i que és la principal preferència de la gent gran.

Alguns estudis han analitzat els patrons de decisió i planificació de les necessitats d'atenció per a la gent gran. Les principals conclusions són:

- La planificació de l'atenció per part de les persones grans és baixa.
- La planificació està positivament relacionada amb el nivell socioeconòmic i l'existència d'una xarxa de suport.
- Existeixen quatre perfils de comportament, entre els quals dominen els d'actuació reactiva.

La visió de les persones grans sobre el finançament de la dependència aporta elements importants per centrar el debat

Entre les persones grans, existeix un fort consens sobre el fet que l'Administració hauria de ser el principal responsable del finançament de l'atenció a la dependència.

Malgrat això, s'accepta que hi hagi un cert nivell de copagament i participació en el cost de l'atenció.

Les persones grans creuen que hauria d'augmentar el suport a les famílies, atès que (com hem vist) aquestes haurien de ser la principal font de provisió.

Alguns estudis han analitzat la posició de la gent gran enfront de les assegurances de dependència. Les principals aportacions són:

- La disponibilitat a pagar és baixa: el preu mitjà que una persona estaria disposada a pagar és de 3.390 ptes. (lluny del cost real) i el 25% de les persones mai no comprarien una assegurança de dependència.
- Existeixen productes financers que poden actuar de substitutius, com l'assegurança de vida i els plans de pensions.
- Hi ha una cobertura pública gratuïta per a les rendes baixes. Per tant, podria existir la possibilitat d'«empobrir-se» (traspasar el patrimoni als fills), per ser atesos per la xarxa pública, tot i que a Catalunya aquesta possibilitat ja està coberta per les previsions de la Llei 10/96, de 29 de juliol, «d'aliments. Obligacions entre parents».
- La disponibilitat a pagar augmenta entre aquelles persones que tenen contractada una assegurança sanitària.

Les preferències i expectatives de les persones grans han de ser l'eix sobre el qual s'han de dissenyar les polítiques

1. S'haurien de desenvolupar polítiques actives per augmentar els serveis d'atenció a domicili.

- Per maximitzar les oportunitats de manteniment a domicili, els actuals serveis públics haurien d'incrementar-se significativament en cobertura, en intensitat i en tipus de servei.
- El sistema assistencial hauria, també, de fer importants esforços en integració i coordinació dels diferents components, nivells i administracions.
- La prestació de serveis hauria d'incloure habitualment la participació del voluntariat, per tal de substituir l'aportació humana quan aquesta no pot ser subministrada per l'entorn familiar habitual.

2. S'hauria d'augmentar el volum i la qualitat de la informació que reben les persones grans sobre l'atenció a la dependència:

- Definint clarament els nivells de cobertura per part de l'Administració pública.
- Millorant la informació sobre l'oferta de serveis, per tal reduir les barreres a l'accés als serveis.
- Augmentant les tasques d'assessorament, per tal de contribuir a millorar la planificació de l'atenció per part de la gent gran.

3. S'hauria de dissenyar un model de finançament que recollís les expectatives de les persones grans: responsabilitat pública amb coparticipació dels usuaris, si cal.

1. Organización mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades y Estados de Salud*. 54a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.
2. CIS. Estudio CIS – IMSERSO 2279 (1998): *La Soledad en las Personas Mayores*.
3. GARDENT, H. *Alcance y límites de los instrumentos para la evaluación de la dependencia en los ancianos*. «Rev Gerontol». 1992;4:261-265.
4. NAVARRO, C., CABASÉS J. M. i TORMO M. J. (1995): *La salud y el sistema sanitario en España: Informe SESPAS*.
5. BRADLEY, E. H., BOGARDUS, S. T., VAN DOORN C. et al. (2000): *Goals in Geriatric Assessment: Are We Measuring the Right Outcomes?* «The Gerontologist. The Gerontological Society of America». 40(2): 191-196.
6. BOADA, M., CASADO, M. (2002): *Bioética, Derecho y Alzheimer*. Tirant lo Blanch. Valencia.
7. IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España*. Informe 2000. Madrid.
- 8, 9, 10, 11, 12, 13. Institut d'Estadística de Catalunya (<http://www.idescat.es>).
14. National Academy on an Aging Society (1999): *The Public Policy and Aging Report*. Gerontological Society of America. Vol. 9 (4); 1-14.
- 15, 16, 17. INE (1999): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud*. Madrid.
18. CASADO, D. i LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*. Fundación la Caixa. Colección de Estudios Sociales núm. 6. Barcelona.
- 19, 20. KENNETH, G. MANTON i XILIANG, GU. (2001): *Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999*. Center of Demographic Studies (Duke University).
21. VITA, A. J., TERRY, R. B., HERBERT, H. B. et al. (1998): *Aging, Health risks, and cumulative disability*. «The New England Journal of Medicine». Vol. 338 (15): 1035- 1041.
- 22, 23. ABELLÁN, A. (1999): *Problemas de Vivienda y Riesgo de Institucionalización*. «Revista Multidisciplinar de Gerontología». Vol. 9: 253-257.
- 24, 25. CAMPO, M. J. (2000): *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. CIS. Madrid.
26. MALONEY S. K. et al. (1996): *Personal decision making styles and long term care choices*. Health Care Financing. Review. Vol.18 (1).

Bibliografia

- ABELLÁN, A. (1999): *Problemas de Vivienda y Riesgo de Institucionalización*. «Revista Multidisciplinar de Gerontología». Vol. 9: 253-257.
- Ajuntament de Sabadell (2001): *Atenció a domicili a la gent gran de Sabadell. Necessitats, xarxa de suport i prospecció de nous serveis*. Departament de Serveis Social i Cooperació. Sabadell.
- ANTHONY, J. VITA, R. i TERRY B. (1998): *Aging, health risks, and cumulative disability*.
- ARAGALL, J. M. et al. (1996): *Enquesta de salut de Catalunya 1994*. Pla de salut ESCA 1994. Servei Català de Salut. Barcelona.
- BÉLAND, F., ZUNZUNEGUI, M. V. (1995): *Envejecer en Leganés*. «Revista de Gerontología». Vol. 5 (4).
- BRADLEY, E. H., BOGARDUS, S. T., VAN DOORN, C., et al. (2000): *Goals in Geriatric Assessment: Are We Measuring the Right Outcomes?*. *The Gerontologist*. The Gerontological Society of America. 40(2): 191-196.
- CAMPO, M. J. (2000): *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. CIS. Madrid.
- CARRILLO, E. et al. (1994): *Estudio sobre las necesidades de atención sociosanitaria de las personas mayores en el municipio de Móstoles*. Fundación Caja Madrid.
- CIS. Estudio CIS – IMSERSO 2279 (1998): *La Soledad en las Personas Mayores*.
- CIS. Estudio CIS – IMSERSO 2279 (1998): *La Soledad en las Personas Mayores*. Vol.21.
- CIS. Estudio CIS 2117 (1996): *Ayuda informal a las personas mayores*. Madrid.
- Department of Health (1999): *Caring about carers: A national strategy for carers*. United Kingdom.
- Disability Trends Among Elderly Persons and Implications for the Future*. The Gerontological Society of America. 2000.
- EIROA et al. (1986): *Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS - Vigo*. Medicina Clínica. Vol. 17.
- Encuesta de salud de Barcelona 1992-1993* (1995): Ajuntament de Barcelona. Àrea de Salut Pública. Barcelona.
- FERNÁNDEZ CORDÓN (1992): *Les personnes âgées en Europe: Rapport national*. Bruselas.
- Fundación Saludo, Innovación y Sociedad (SIS) (2000): *Envejecimiento y dependencia: Futuros deseables y futuros posibles. Análisis Prospectivo*. Novartis. Barcelona.
- IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid .

- INE (1986): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías*. Madrid.
- INE (1998): *Proyecciones de población de Catalunya. 2010 – 2030*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- INE. (1997): *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid.
- INE (1999): *Base de dades de l'Institut Nacional d'Estadística*.
- INE (1999): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud*. Madrid .
- INE (1999): *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud*. Madrid.
- INE (2001): *Tablas de mortalidad de la población española*. Madrid.
- Institut d'Estadística de Catalunya (<http://www.idescat.es>).
- Institute of Health and Welfare. *Older Australia at a glance*. Australia. 1997.
- JACOBZONE, S. (2000): *Coping with aging: International Challenges. What are the implications of greater and declining disability levels*. Health Affairs. Vol.19 (3): 213-225.
- KENNETH, G. MANTON. (2000): *Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999*.
- KENNETH, G. MANTON i XILIANG GU. (2001): *Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999*. Center of Demographic Studies (Duke University).
- KUTZA, E. A. (2001): *Living longer, living better. Policy presumptions and new family structures*. The Public Policy and Aging Report. Vol. 11(3): 12-14.
- «La Vanguardia» (2001): *El seísmo demográfico que viene*.
- MALONEY, S. K. et al. (1996): *Personal decision making styles and long term care choices*. Health Care Financing. Review. Vol.18 (1).
- MELZER, D., IZMIRLIAN, G. et al (2001): *Educational Differences in the Prevalence of Mobility in Old Age: The Dynamics of Incidence, Mortality and Recovery*. «Journal of Gerontology». Vol. 26 B (5): 294-301.
- MORAGAS MORAGAS, R. (1999): *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder.
- National Alliance for Caregiving and American Association of Retired Persons (1997): *Family Caregiving in the U.S. Findings from a National Survey*. United States.
- NAVARRO, C., CABASÉS, J. M. i TORMO, M. J. (1995): *La Salud y el Sistema Sanitario en España: Informe SESPAS*.

Bibliografia

- Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidades i Estados de Salud*. 54a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud & Milbank Memorial Fund (2000): *Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Aging*.
- Organización Mundial de la Salud (1980): *Clasificación Internacional de deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Ginebra.
- PÉREZ, J. *Envejecimiento poblacional y dependencia. Una perspectiva desde la necesidad de cuidados*. II Jornada Gerontológica. Recursos asistenciales. Pamplona 25 Octubre 2000.
- PÉREZ, J. *Proyección de personas dependientes al horizonte (2021)*. A: MORAGAS MORAGAS R. *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona, 1999. Herder. pp 69-88.
- PÉREZ, J. *La demografía y el envejecimiento de las poblaciones*. A Staab AS, Hodges LC. *Enfermería Gerontológica*. México DF, 1998. McGrawHill
- PÉREZ, J. *Envejecimiento y esperanza de vida en salud*. 23 Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Barcelona 8 de Junio de 2000.
- RIUGÓMEZ, A. ALONSO, J. i ANTÓ, J. M. (1991): *Salud percibida y capacidad funcional en la población anciana no institucionalizada de Barcelona*. Gaceta Sanitaria.
- RIUGÓMEZ, A. ALONSO, J i ANTÓ, J. M. (1993): *Functional capacity and five-year mortality in a sample of urban community elderly*. A J Public Health. Vol. 3: 165-171.
- RODRÍGUEZ, G. (1999): *La protección social de la dependencia*. IMSERSO. Madrid. Vol. 21.
- SÖRENSEN, S. i PINQUART, M. (2000): *Preparation for Future Care Needs by West and East German Older Adults*. Journal of Gerontology. Vol. 55B (6): 357-367.
- TIMOTHY, A. WAIDMAN i KORB LIU (2000): *Disability Trends Among Elderly Persons and Implications for the Future*.
- VITA, A. J., TERRY, R. B. i HERBERT H. B. et al. (1998): *Aging, Health risks, and cumulative disability*. «The New England Journal of Medicine». Vol. 338 (15): 1035-1041.

CAPÍTOL II

ELS SERVEIS D'ATENCIÓ A LA GENT GRAN AMB DEPENDÈNCIA

El cuidador informal: un servei massiu i gratuït, amenaçat per l'evolució demogràfica...

1. El cuidador informal

La cura informal constitueix, «de facto», la primera empresa d'atenció a la gent gran amb dependència del país. Les estimacions dels estudis elaborats a Espanya quantifiquen la cura informal sempre per sobre del 85% del conjunt de serveis a la gent gran.

No obstant això, l'evolució demogràfica dels últims 50 anys posa en perill el potencial d'atenció dels cuidadors informals. La relació entre el nombre de cuidadors potencials (dones entre 45 i 65 anys) i el nombre de gent gran ha disminuït dràsticament, els últims 50 anys.

A més a més d'aquest efecte demogràfic (disminució del potencial de cuidadors), els canvis socials estan disminuint la disponibilitat de cuidadors. Aquests canvis fan referència principalment al paper social de la dona, i la incorporació progressiva al mercat de treball n'és l'exponent més clar.

Tanmateix, mentre que disminueix l'oferta de cuidadors informals, la demanda tendeix a augmentar:

- Incrementa el nombre de persones grans que viuen soles.
- La gent gran opina que la família ha de ser l'eix vertebrador de l'atenció a la dependència.

Figura 1

Importància relativa del cuidador informal

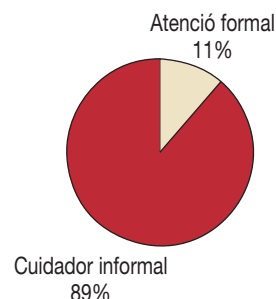


Figura 2

Evolució del nombre potencial de cuidadors amb relació al nombre de gent gran

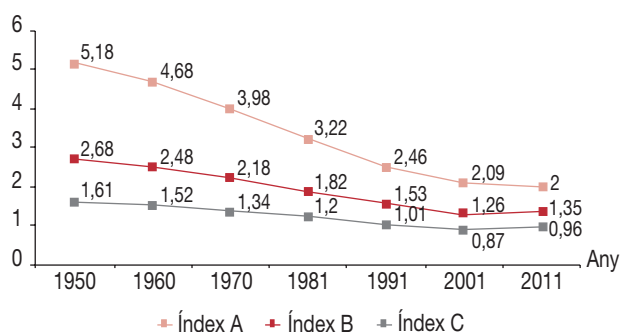


Figura 3

Evolució del pes relatiu de la dona en el mercat de treball

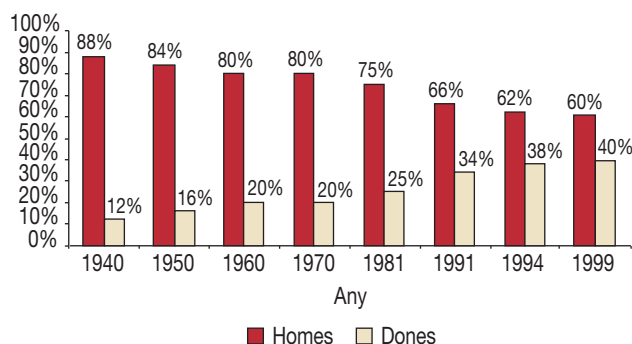
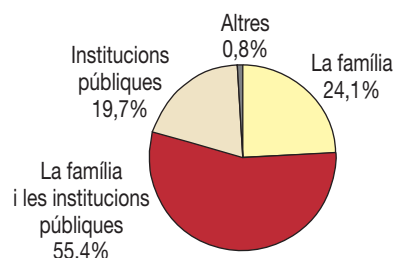


Figura 4

Qui ha d'afrontar la dependència



... amb un perfil ben específic (dona, edat madura, parella o familiar directe)...

Figura 5
El perfil dels cuidadors informals

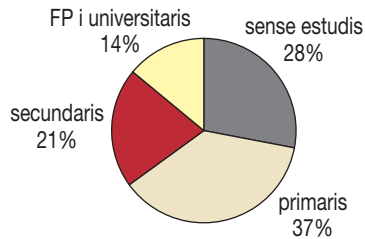


Figura 6
Procedència de l'ajuda informal

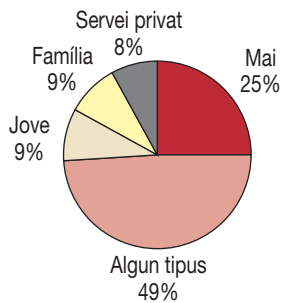


Figura 7
Formació dels cuidadors informals en la cura de la gent gran

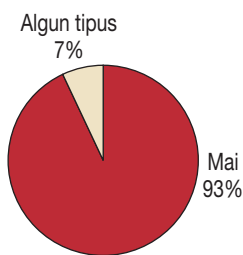
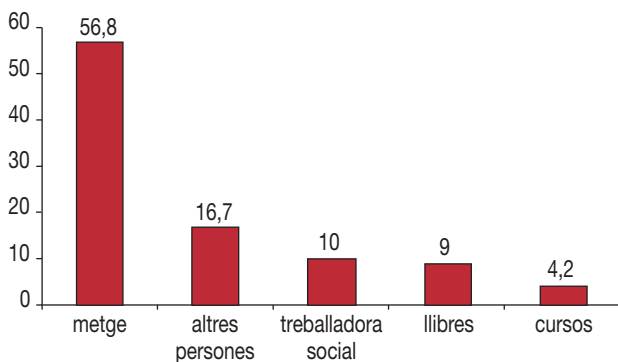


Figura 8
Fonts d'informació del cuidador informal



El perfil del cuidador informal a Espanya està força definit sobre col·lectius molt específics:

- Principalment es tracta de dones (83%) i mestresses de casa (50%).
- Tenen una edat per sobre dels 45 anys.
- Són parents (esposa o filla) de la persona gran.
- Amb un nivell d'estudis no superior a l'educació primària.

El 25% dels cuidadors informals són la mateixa parella de la persona gran amb dependència, i aquest és un perfil de cuidador fràgil.

El cuidador informal no té formació específica per a fer les tasques d'ajuda a la persona amb dependència.

El cuidador informal rep aquesta formació majoritàriament dels serveis sanitaris.

La intensitat de l'atenció informal és molt elevada:

- El 75% dels cuidadors informals ho són de forma permanent.
- Un 47% dels cuidadors fa més de 6 anys que són cuidadors informals.

I suposa un important nivell de desgast personal i de salut per al cuidador informal. En general, les conseqüències per al cuidador informal són:

- Ha hagut de reduir el seu temps d'oci (64,1%).
- Es troba cansat (51,2%).
- No pot anar de vacances (48,4%).
- No té temps per visitar les seves amistats (39,4%).
- Se sent deprimat (32,1%).
- Deteriora la seva salut (28,7%).
- No pot plantejar-se treballar fora de casa (26,9%).
- No té temps per cuidar-se de si mateix (23%).
- Ha hagut de reduir la seva jornada de treball (12,4%).

...i un risc elevat d'esgotament personal

Figura 9

Freqüència de l'ajuda informal

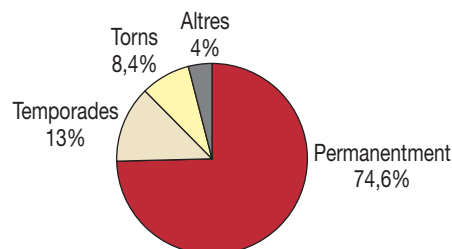
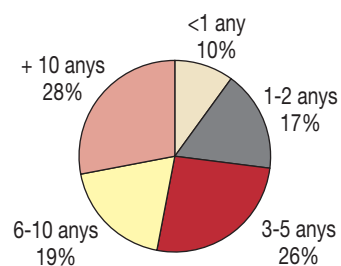


Figura 10

Temps que dediquen els cuidadors a la gent gran



Malgrat els efectes de la demografia i els canvis socials, existeixen factors que contribuiran a mantenir el potencial dels serveis informals

Figura 11
Procedència del suport formal a les persones cuidadores

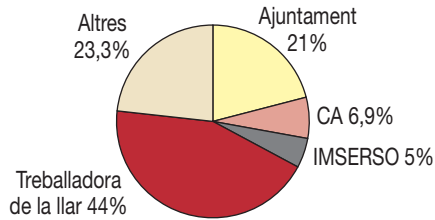


Figura 12
Cuidadors segons gènere

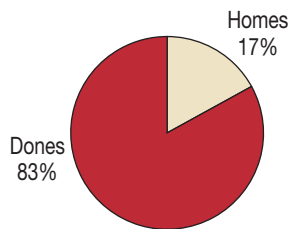
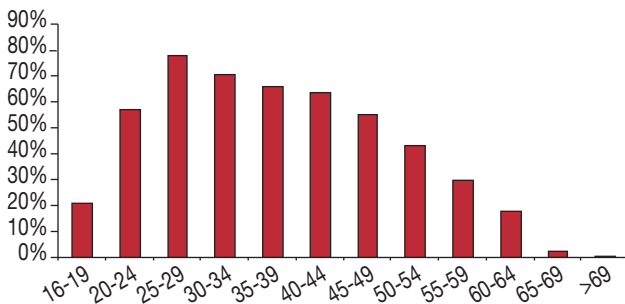


Figura 13
Taxa d'activitat de les dones per trams d'edat. Espanya, 2n trimestre de 2001



La incorporació d'altres serveis formals contribueix a la descàrrega del cuidador informal:

- El servei domèstic i l'ajut domiciliari contribueixen a descarregar el cuidador informal.
- Algunes institucions públiques comencen a ser significativament conegudes pels cuidadors com a proveïdors de serveis.

Els homes semblen començar a incorporar-se com a proveïdors de cura personals.

- En els últims anys s'ha vist un increment de la participació dels homes en les tasques de cura.
- Més de la meitat de la població creu que ho pot fer igual de bé, tant els homes com les dones (52,6%).

La incorporació de la dona al mercat de treball es produeix principalment en edats joves (per sota dels 40 anys). Per tant, la reducció dràstica del potencial de cuidadors no es produirà a curt termini.

L'increment de l'esperança de vida també en els homes provoca que cada vegada hi hagi més parelles grans d'edat avançada, i la parella és la segona font d'atenció informal.

L'increment del nivell econòmic i cultural entre les persones grans provoca que aquestes siguin cada cop més autosuficients per afrontar situacions de dependència.

Malgrat els efectes de la demografia i els canvis socials, existeixen factors que contribuiran a mantenir el potencial dels serveis informals

Experiències com l'assegurança de la dependència a Alemanya mostren com majoritàriament la població prefereix serveis no formals a la provisió del serveis formals...

- A l'assegurament de dependència alemany, les persones grans trien majoritàriament els pagaments en metàl·lic al subministrament directe de serveis, per bé que existeix una penalització econòmica si s'escull aquests tipus de prestació.

Els fenòmens com la immigració estan incrementant de manera notable el potencial de suport als cuidadors informals (increment de disponibilitat per a treball en el domicili).

Les percepcions socials sobre el paper dels serveis públics / privats en aquest sector permeten aventurar hipòtesis innovadores de combinacions de finançament públic-privat.

- A diferència d'altres serveis (p.ex., sanitat) l'atribució de responsabilitats entre l'Estat i la família no és conclouent aquí.

És imprescindible desenvolupar serveis de suport als cuidadors informals, atès que són la primera font d'atenció a la dependència

1. S'haurien de dissenyar polítiques educatives generals per afavorir la consolidació de la tendència al canvi de gènere (incorporació del homes a les tasques de cura). L'equiparació dels sexes suposa també la incorporació dels homes a les cures.

2. S'haurien d'explotar al màxim les oportunitats d'incorporació de nous grups amb potencial de substitució del paper tradicional de cuidador de la dona (migració, joves...).

3. S'haurien de desenvolupar serveis d'informació i formació per als cuidadors:

- Identificar proactivament els cuidadors amb elevades càrregues i enfocar-los com un client específic dels serveis socials.
- Aprofitar els àmbits actualment de millor accés (serveis sanitaris, serveis socials...) per a identificar i captar les persones i institucions.
- Desenvolupar programes d'informació i suport als cuidadors informals.

4. S'hauria de desenvolupar un ampli ventall de serveis formals, altament flexibles, i adaptats en temps i forma a les necessitats de descàrrega dels cuidadors.

5. S'hauria d'innovar en les formes de finançament i provisió dels serveis de substitució dels cuidadors. La preferència pel suport econòmic, en lloc del servei directe, mostra un gran potencial per a intervencions de baix cost i respecte a la capacitat de decisió dels ciutadans per a autoorganitzar-se.

D'altra banda, la provisió de serveis «indirectes» (desgravacions fiscals, conciliació de la feina amb la vida familiar, etc.) té un potencial d'aplicació elevat.

Els serveis de cura formal han tingut un important desenvolupament a Catalunya els darrers anys...

2. L'oferta formal

Catalunya ha estat capdavantera en el desenvolupament de serveis per a la gent gran:

- Des del punt de vista quantitatiu, les taxes de cobertura superen, en la majoria de tipus de serveis, la mitjana de l'Estat.
- Des del punt de vista qualitatiu, es produeix un avançat nivell de diversificació en tipologies de serveis.
- En determinats àmbits com els d'atenció socio sanitària, Catalunya ha estat pionera en la seva creació.

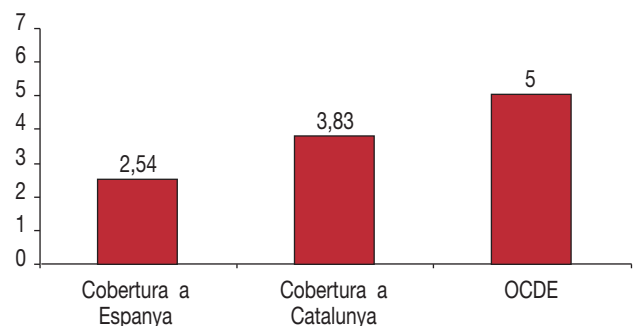
L'oferta de serveis d'atenció a la dependència està estructurada en tres nivells d'atenció:

- Atenció primària, que inclou els serveis d'informació, assessorament, prevenció, teleassistència i atenció a domicili.
- Atenció social especialitzada, que inclou els serveis de centre de dia i residències.
- Atenció socio sanitària, que inclou l'atenció combinada social i sanitària, tant al domicili com en centres socio sanitàris.

L'any 1999 l'oferta de places residencials per a la gent gran existents a Catalunya cobreix un 3,83% de la població més gran de 64 anys, molt per sobre de la mitjana de l'Estat (2,54%) i molt per sota de la mitjana de l'OCDE. L'any 2001, a Catalunya, la cobertura ha estat d'un 4,1%.

- Tot i així, encara existeix un important potencial de creixement en aquest tipus de recurs, per arribar a la mitjana de l'OCDE.

Figura 14
Cobertura residencial a escala internacional, 1999



Nota: L'any 2001, a Catalunya, la cobertura ha estat d'un 4,1%.

..amb un creixement i una complexitat importants dels serveis d'internament residencial.

El servei de places residencials per a gent gran va néixer a Catalunya com un servei eminentment substitutiu de la llar. Això va permetre consolidar un model basat en la llar residència, generalment de petites dimensions, per tal de construir un univers al més a prop possible de la llar.

Avui, el perfil de persones ateses en residències és un perfil de gent gran amb elevats nivells de dependències, principalment perquè:

- Les persones grans que van entrar a la residència com a substitució de la llar han anat perdent autonomia funcional i han esdevingut persones amb dependència.
- Les persones que hi han ingressat posteriorment ho han fet amb nivells més alts de dependència, atès que han preferit ser atesos a la llar en situacions de baixa dependència.

Aquest fenomen ha provocat la transformació progressiva de llars residència en residències assistides.

- Però les necessitats estructurals d'aquests centres són diferents, fet que provoca la necessitat de transformar una gran part de l'oferta actual.

D'altra banda, a mesura que el nivell de dependència ha anat augmentant, el perfil de client entre residència assistida i llarga estada sociosanitària s'ha anat apropant, i avui hi ha poques diferències entre ambdós recursos.

Per tant, avui en dia, un dels reptes més importants en la gestió dels serveis residencials és com assegurar la seva utilització apropiada per a persones amb nivells de dependència elevats.

El principal punt de millora de l'oferta residencial i sociosanitària és l'equilibri territorial

L'oferta de centres de dia (5.739 places) segueix el mateix patró que l'oferta residencial:

- Una cobertura per sobre de la mitjana d'Espanya, però encara lluny de la mitjana europea i de l'OCDE.

La necessitat de coordinació de les intervencions sanitàries i socials va fer desenvolupar, als anys 80, el Programa «Vida als Anys» finançat pels departaments de Benestar Social i Sanitat.

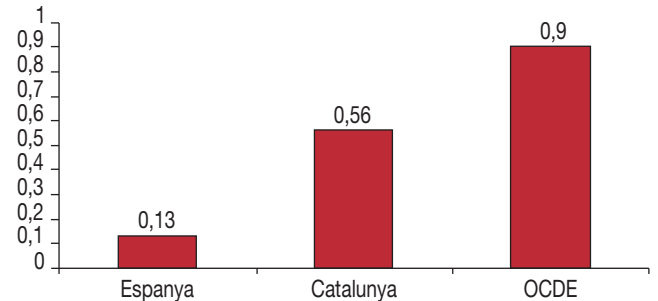
- Al seu moment va suposar la identificació de perfils de necessitat en la frontera dels sistemes sanitari i social.
- El Programa «Vida als Anys» va generar el desplegament d'un conjunt de recursos assistencials sociosanitaris fins llavors pràcticament inexistent (centres sociosanitaris, hospitals de dia...).
- També va comportar la creació d'unitats «funcionals» de valoració de les necessitats de la persona gran i connexió entre els recursos en la línia de l'anomenat «case management» (UFISS, PADES...).

Actualment el Programa sociosanitari «Vida als Anys» complementa l'oferta social amb un ampli ventall de recursos sociosanitaris.

- 5.067 places de llarga estada.
- 1.237 places d'hospital de dia.
- 56 unitats funcionals interdisciplinàries.
- 57 programes d'atenció domiciliària (PADES).

Figura 15

Cobertura de les places de centre de dia, 1999



Nota: L'any 2000, a Catalunya, la cobertura ha estat d'un 0,64%.

Figura 16

Grups descriptius de clients del Programa «Vida als Anys»

1. Dependència social
2. Persona gran fràgil
3. Dependència funcional lleu o moderada
4. Dependència funcional severa
5. Demència lleu o moderada
6. Demència greu o avançada
7. Trastorns conductuals o psiquiàtrics
8. Dèficit funcional recuperable
9. Convalescència o alta precoç
10. Terminal o cures pal·liatives

Font: Servei Català de la Salut. *El model d'atenció sociosanitari a Catalunya*. Pla de Salut. Barcelona. Vol. 5

L'oferta i el model d'atenció específic a les demències estan ben definits, però requereixen millores en el desplegament

Figura 17
Cobertura de les places residencials

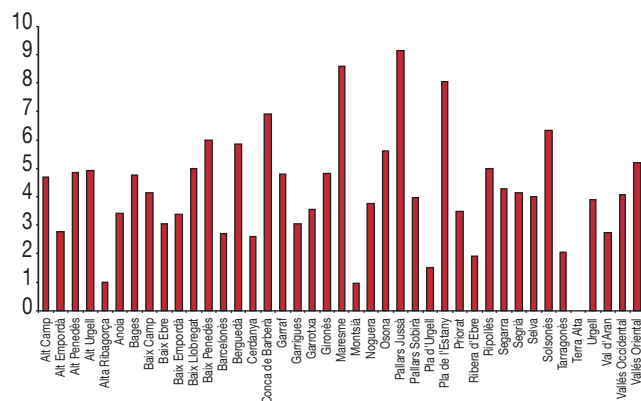
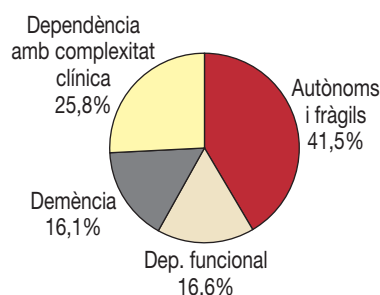


Figura 18
Distribució de la dependència segons el tipus



El desplegament dels serveis especialitzats (centres de dia i residències) i dels serveis sociosanitaris presenta importants diferències territorials.

- Aquestes diferències no semblen tenir justificació en diferents intensitats de la necessitat per a cada comarca.

El model d'atenció a les demències es basa en una avaluació multidimensional a càrrec de les unitats de diagnòstic:

- Dèficit neurològic
- Dèficit conductual
- Dèficit AVD

Les unitats de diagnòstic haurien de reforçar el seu paper en el model, participant més activament en el seguiment dels casos diagnosticats.

Els serveis de centre de dia específics per a l'atenció a les demències han de créixer en el futur, però per fer-ho cal resoldre els problemes derivats de l'accés (transport) a aquests centres.

Els serveis d'internament de mitja estada, destinats a atendre la descompensació dels malalts, són els serveis menys desenvolupats en l'actualitat.

Per contra, les millores en els serveis de llarga estada s'han de centrar principalment en la definició d'un model d'atenció específic a les demències que consideri tant els elements estructurals com les activitats.

- L'experiència de les «special care units» als EUA és un bon exemple de com desenvolupar serveis residencials de llarga estada específics per atendre les demències.

El major potencial de millora està actualment en els serveis comunitaris...

Els serveis d'atenció primària són els que presenten un major potencial de creixement.

Els serveis d'atenció domiciliària no es troben entre els de més abast d'Espanya, ni en cobertura ni en intensitat.

Igual que en altres serveis, en cobertura de l'atenció domiciliària, ens trobem en un dels darrers llocs de la Unió Europea.

A més a més, el desenvolupament de l'atenció domiciliària a escala territorial mostra importants diferències en relació amb la cobertura i la intensitat dels serveis.

El desenvolupament de les organitzacions d'atenció domiciliària troba l'inconvenient afegit de la dificultat del mercat per acceptar el producte «regularitzat» enfront de la potent xarxa de servei domèstic, més irregular.

Els serveis de prevenció i de vigilància estan encara poc desenvolupats.

L'aplicació de les telecomunicacions està encara força poc desenvolupada. En l'actualitat, pràcticament es limita a la telealarma, i amb una implantació força baixa i irregular.

Cal assegurar un creixement i una diversificació ordenada de l'oferta per atendre les demandes de la gent gran: atenció a domicili i personalització dels serveis

1. S'haurien de desenvolupar polítiques actives per promoure i desenvolupar l'atenció a domicili, atès que és la forma d'atenció preferida per la gent gran i al mateix temps és la menys estesa i la més eficient.
2. S'hauria de potenciar la personalització dels serveis i l'especialització per atendre necessitats específiques de cada grup i perfil de dependència. En concret, cal potenciar els recursos d'atenció a les demències.
3. S'haurien d'augmentar els esforços per assegurar l'equitat en la distribució territorial dels recursos existents.
4. S'hauria d'avançar en la integració de l'actual xarxa de recursos de llarga estada socio sanitària amb els recursos de residència assistida, atès que el perfil de clients tendeix a ser pràcticament el mateix.
5. S'hauria d'avançar en la investigació i l'aplicació de les noves tecnologies com a maneres d'atenció a la gent gran, especialment si es vol desenvolupar una millor atenció a domicili.

Els proveïdors s'organitzen en una oferta monoprodacte, de petita mida empresarial...

3. L'organització de la provisió

Un dels actius principals del sector és l'estructura de l'oferta, en què participen l'Administració pública, organitzacions sense ànim de lucre i empreses privades. Aquest fet garanteix una estructura flexible i plural.

Hi ha un cert consens sobre el fet de configurar centres petits per tal d'afavorir una atenció més personal a les persones.

- Avui, a Barcelona, el 83,2% dels centres tenen menys de 50 places, i aquest patró es reproduïx per a Catalunya.

Però els centres petits tenen problemes per assegurar la provisió de serveis d'alta qualitat (especialment els serveis més especialitzats) a un cost eficient.

- Els centres de menys de 50 places tenen una estructura de costos un 24% superior a la resta de centres.
- En termes d'eficiència, els centres residencials assolixen la màxima optimització al voltant de les 120 places.
- A més a més, la disponibilitat de serveis especialitzats en centres petits (fisioteràpia, teràpia ocupacional, infermeria 24 hores, psicòleg, geriatre) és menor.

D'altra banda, el servei que ofereixen les residències assistides tendeix a ser monoprodacte i poc especialitzat, malgrat la diversitat de necessitats de les persones que hi resideixen.

Figura 19

Nombre de personal per cada plaça residencial, segons la dimensió de la residència

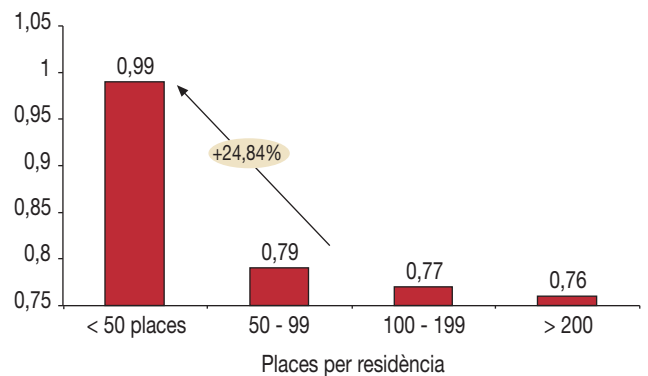
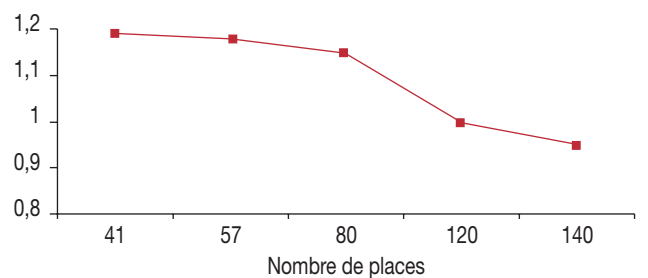


Figura 20

Evolució de l'índex d'economies d'escala segons el nombre de places de les residències



A Catalunya existeixen algunes experiències interessants i efectives d'integració real de la provisió de serveis.

No obstant això, el nivell d'integració real de serveis entre els tres nivells d'atenció (social primària, social especialitzada i sociosanitària) és molt baix.

- En general, un proveïdor que proveeixi serveis en un nivell d'atenció tendeix a estar aïllat de la resta de nivells.

A més a més, les modalitats de contractació de serveis actuals, en què fragmenta la provisió per nivells d'atenció, dificulta la integració de serveis sota un únic proveïdor.

D'altra banda, l'existència de convenis col·lectius diferents entre el sector social i el sociosanitari impossibilita la integració de serveis en un únic proveïdor.

L'organització de la provisió de serveis en l'àmbit de baixa densitat de població requereix un model específic, atès que:

- El baix volum de població i la dispersió territorial en diferents nuclis invaliden el model actual basat en recursos específics (i a vegades no coordinats) per a cada nivell.
- L'elevat nivell d'envelliment i la percepció de l'envelliment com a fenomen comú que afecta tota la comunitat requereix una aproximació específica i participativa per a cada territori.

La gestió dels professionals és un element clau en la provisió, però avui existeixen alguns problemes que cal afrontar

La dificultat d'atraure i contractar personal és un dels principals problemes de la provisió de serveis. Les causes de la falta de personal són:

- Els sous del sector són poc atractius, especialment en els centres amb conveni de serveis socials.
- El reconeixement i el prestigi social d'aquest tipus de feina és molt baix.
- El treball a fer pot ser, en determinades circumstàncies, molt dur, tant físicament com psicològicament.

Aquestes causes provoquen també que la rotació de personal sigui molt elevada.

En els últims anys s'han fet esforços significatius per augmentar el nivell professional del sector. Malgrat tot, hi ha encara algunes dificultats:

- L'elevat nivell de rotació dificulta consolidar els esforços de formació de les empreses.
- En els perfils menys especialitzats (auxiliars) el nivell professional és encara millorable.
- L'increment d'immigrants com a força de treball d'aquest sector requereix augmentar els esforços en la formació d'aquest col·lectiu.

D'altra banda, el nombre de baixes per IT és elevat, atès que:

- Una part significativa de professionals són dones joves, i per tant, amb necessitat de períodes de baixa per maternitat.
- En els centres més antics, una part del personal supera els 40 anys, fet que suposa un increment en les baixes per lesions musculoesquelètiques degudes a canvis posturals mal fets o repetitius.

Cal reforçar el sistema de provisió de serveis i acompanyar-lo en la seva necessària adaptació a les noves necessitats de la societat

1. S'hauria de donar suport als proveïdors per tal d'afrontar la necessitat de transformar part de l'oferta i adaptar-la a les necessitats actuals:

Millorar la dimensió de les residències petites, guanyant en economia d'escala. Aquest increment de capacitat s'hauria de produir mitjançant el creixement de l'estructura física o bé mitjançant la creació de xarxes de serveis entre petites residències.

Diversificar l'oferta de serveis integrant diferents tipologies en la mateixa organització. Això suposaria concebre la residència com a plataforma de serveis.

Augmentar el grau d'especialització dels serveis que s'ofereixen.

Per tal d'ajudar a aquesta transformació, caldria articular ajudes a la inversió en forma de crèdits tous.

2. S'haurien de desenvolupar polítiques que fomentin la integració de serveis que corresponen a diferents nivells d'atenció (atenció a domicili i centre residencial, per exemple). Les experiències de sistemes de compra de serveis integrats (a l'estil del finançament capítatiu) s'han demostrat com una eina eficaç en altres països per a aquesta finalitat.

3. S'haurien de desenvolupar polítiques per reforçar la gestió dels recursos humans en la provisió dels serveis, a través de:

- Programes de formació
- Valorització de la professió
- Equiparació de convenis

La informació disponible sobre els costos d'atenció a la dependència és escassa, però els estudis internacionals proporcionen elements interessants

4. El cost de l'atenció

Els costos d'atenció a la dependència es poden agrupar en tres tipologies:

- Costos de l'atenció formal de llarga durada, que inclouen tant l'atenció comunitària com la institucional.
- Costos de l'atenció informal.
- Costos de la utilització de serveis sanitaris per les persones grans amb dependència.

Els factors que expliquen el cost de l'atenció formal de la dependència són, per ordre d'importància:

- El nombre de limitacions en AVD de la persona atesa.
- La presència de deteriorament cognitiu moderat o sever (el deteriorament cognitiu lleu no sembla que sigui un factor determinant en el cost de l'atenció).
- L'existència de comorbiditats, i aquest impacte és molt variable en funció de la naturalesa de les comorbiditats.

El principal cost de l'atenció informal és la pèrdua d'ingressos del cuidador quan ha de deixar de treballar, seguit del valor del temps que dedica a cuidar.

- Altres components del cost de l'atenció informal són: la contractació de serveis privats d'ajuda formal, i la sobreutilització de serveis sanitaris per part del cuidador.

Finalment, moltes persones amb dependència tenen problemes de salut. La falta d'una xarxa de serveis socials completa suposa una pressió i sobreutilització dels serveis sanitaris per les persones amb dependència.

La dependència genera actualment uns costos importants majoritàriament a càrrec del finançament privat...

Figura 21

Estimació del cost de la dependència a Espanya, 1998

	Milions de ptes.	%
Cost públic	144.923	24,8%
Atenció domiciliària	46.794	8%
Centres de dia	1.863	0,3%
Residències	96.265	16,5%
Cost privat	438.310	75,2%
Atenció domiciliària	156.009	26,7%
Centres de dia	2.012	0,3%
Residències privades	232.289	39,8%
Copagament residències públiques	48.000	8,2%
Cost total	583.233	100

Figura 22

Despesa en cures de llarga durada, 1998

	Despesa total en cures de llarga durada 1992-1995 (% PIB)	Despesa pública en cures de llarga durada 1992-1995 (% PIB)	% públic
Austràlia	0,9	0,73	81,1
Àustria	1,4	-	-
Bèlgica	1,21	0,66	54,5
Canadà	1,08	0,76	70,4
Dinamarca	2,3	2,24	97,4
Finlàndia	1,12	0,89	79,5
França	-	0,5	-
Alemanya	-	0,82	-
Japó	-	0,62	-
Holanda	2,7	1,8	66,7
Noruega	2,8	2,8	100
Suècia	2,7	2,7	100
Regne Unit	1,3	1	76,9
EUA	1,32	0,7	53
Grècia	0,17	-	-
Irlanda	0,86	-	-
Itàlia	0,58	-	-
Portugal	0,39	-	-
Espanya	0,56	-	-

Conèixer els costos globals actuals de la dependència a Espanya no és una tasca fàcil:

- Alguns dels costos (p. ex., atenció domiciliària) tenen components privats molt importants i estan molt distribuïts entre institucions i famílies.
- Els sistemes d'informació encara pateixen llacunes importants en aquest àmbit.

Aquestes dificultats fan que els estudis sobre el cost de la dependència a Espanya presentin variacions des de l'ordre de 320.000 milions de ptes. (en els més restrictius) fins a estudis per sobre de l'ordre de 500.000 milions de ptes.

- Estimacions recents per a l'any 1998 quantifiquen el cost de la dependència a Espanya per sobre de 535.000 milions de ptes.

Malgrat ser utilitzades només per una minoria, el component de cost més important en tots els estudis és el de la institucionalització en residències.

Prop de les tres quartes parts d'aquesta estimació són costos privats, i el sector públic cobreix el 27% del total.

En proporció al PIB, a Espanya, la despesa en cures de llarga durada no arriba gaire al 0,6%, mentre que la majoria de països europeus es troben per sobre de l'1,2% i els nòrdics per sobre del 2%. Aquesta posició d'Espanya en despesa sobre el PIB coincideix amb la d'Itàlia.

...però també el sector és al mateix temps un jaciment de creixement econòmic i d'ocupació...

Les aportacions dels usuaris constitueixen, en perspectiva, un factor de disminució del cost a suportar pel sistema públic :

- Les estimacions esmentades, estimen l'aportació dels usuaris en 85.000 milions de ptes./any.
- L'increment del poder adquisitiu de les persones grans en el temps és un fet clau per a la valoració del cost futur de la dependència.

El desenvolupament social generat pels mateixos serveis geriàtrics constitueix en si mateix una font de finançament del sector públic.

- El sector d'atenció geriàtrica és considerat un dels principals «jaciments» d'ocupació i dels de més creixement a Europa.
- La creació d'ocupació genera directament ingressos públics derivats de la disminució de prestacions per atur, les cotitzacions a la S.S., els impostos directes i indirectes dels treballadors i dels negocis...

L'impacte de l'atenció a la dependència es concentra en:

- Creació de llocs de treball (directes i indirectes).
- Increment dels ingressos a la Seguretat Social per cotitzacions dels nous llocs de treball.
- Reducció de les prestacions d'atur deguda a l'impacte de la creació de llocs de treball.
- Increment de la recaptació de l'impost de societat, IVA, impostos locals, i IRPF.

Figura 23

Impacte en la creació de llocs de treball generats per la implantació de l'assegurança de dependència a Alemanya

• Infermers/eres (només en àrea social)	+21.000
• Auxiliars d'assistència a malalts (només àrea social)	+ 2.000
• Cuidadors de grans	+28.000
• Economistes domèstics i nutricionals	+ 1.000
• Ajudants domèstics	+15.000
TOTAL	+67.000

Font: Unespa (2000): *Seguro de dependencia. Estudio comparativo de las experiencias en Europa y Estados Unidos*. Barcelona.

Al nostre país els increments de costos poden ser molt importants, per partir d'un nivell baix de serveis

Figura 24

Taxes de creixement anual acumulatiu previst del cost d'atenció a la dependència (1999-2026)

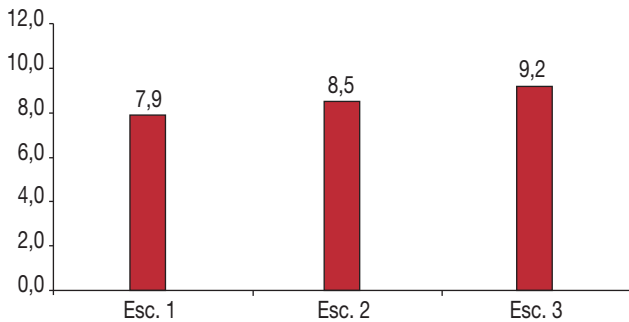
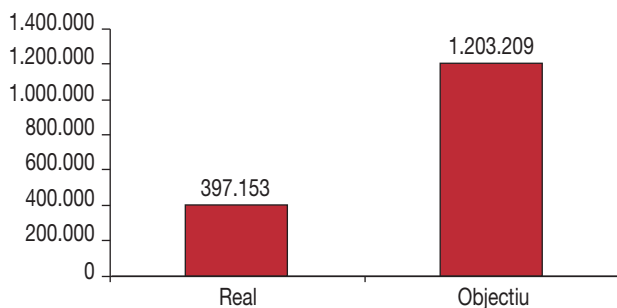


Figura 25

Comparativa entre el cost real i el cost objectiu d'atenció a la dependència. Espanya 1998.



Les previsions de creixement de la despesa a Espanya per satisfer progressivament les necessitats s'estimen al voltant d'un creixement anual acumulatiu del 6-9% anual en el període de 1999-2026.

Així mateix, altres estudis analitzen la distància entre la despesa actual en atenció a la dependència i la despesa estimada si es disposés d'una xarxa d'atenció com en la mitjana de l'OCDE.

- La distància entre el cost actual i el cost objectiu és de 3 a 1.

Però s'ha de relativitzar l'impacte d'aquest creixement respecte al d'altres magnituds macroeconòmiques.

- Informacions d'altres sistemes mostren com l'impacte econòmic relatiu de les cures de llarga durada varia radicalment en funció que el creixement econòmic global adopti un caire moderat (1%) o elevat (3%).

L'evolució futura del cost de l'atenció està subjecta al comportament de tres variables clau

Els principals factors que poden alterar (positivament i negativa) l'evolució del cost de l'atenció a la dependència són:

- L'evolució de la prevalença de la dependència.
- El nivell d'utilització de serveis formals per les persones grans en el futur.
- L'evolució del cost de producció dels serveis.

La reducció de la prevalença de la dependència (compressió de la morbiditat) és un dels efectes que pot representar més costos en el futur.

D'altra banda, cal considerar també l'impacte de les expectatives de les futures generacions. Aquestes expectatives tendiran a incrementar els costos de l'atenció per dos motius:

- Una utilització més elevada dels serveis d'atenció formal.
- Una demanda d'estàndards de qualitat i serveis més elevats.

L'evolució del cost de producció dels serveis és incerta. No obstant això, existeixen alguns factors que indiquen que tendirà a créixer:

- La presumible integració dels serveis socials i socio-sanitaris comportarà, entre altres coses, la unificació dels convenis col·lectius, i per tant s'incrementarà el cost de l'atenció d'una part del sector.
- Alguns estudis han analitzat les causes de l'increment del cost de l'atenció en el passat, coincideixen en el fet que l'increment és degut principalment a majors estàndards professionals en l'atenció, i no a l'increment de la dependència de les persones ateses.

Figura 26

Variables que determinen el cost de l'atenció a la dependència:

Cost = F (Nombre de persones grans;
prevalença de la dependència;
utilització de serveis;
estàndards d'atenció;
cost de producció)

Font: Barrubés J. (2001): *Análisis de costes y financiación en los servicios sociosanitarios*. Curso de la Escuela Nacional de Gerontología. Santiago de Compostela.

Figura 27

Tilquin demostra i quantifica empíricament el fenomen força conegut de com l'increment de costos està tan determinat o més per la millora dels estàndards de servei que per l'increment de la necessitat:

Evolució de la càrrega de cures 84-89

Cohort de residents	Hores de cures diàries			Increment de càrrega		
	Real al 1984	Prevista al 1989	Real al 1989	TOTAL	Per incr. cures	Per incr. dependència
B1-B2	1,89	2,10	2,29	21,16%	10,1%	11,11%
S1-S2	1,56	2,13	2,30	47,44%	10,9%	36,54%
R-S	2,11	2,08	2,28	8,06%	9,5%	-1,42%
N1-N2	1,93	1,99	2,21	14,51%	11,4%	3,11%

B1-B2: Tots els residents en els dos moments de l'observació

S1-S2: Supervivents al 1989 (S2) de residents que ja hi eren l'any 1984 (S1)

R-S: Residents al 1984 (R) que havien estat reemplaçats per altres (S) al 1989

N1-N2: Residents d'ingrés recent (< d'1 any) al 1984 (N1) i 1989 (N2)

Font: TILQUIN, C. et al. (1992): *The increasing level of care of nursing homes clients: More dependent clients or higher standards of care?* 5th Int. Conference on System Science in Health Care. Praga.

Existeixen opcions de política social que poden contribuir a moderar el creixement previst

Figura 28

Percentatge de la població institucionalitzada (2000)

Percentatge de la població institucionalitzada				
	Anys	Grup d'edat	1r any	2n any
França	1981-1991	65-69	1,4	1,2
		70-74	2,8	2,4
		75-79	5,9	5,6
		80 i més	23,7	23,4
Canadà	1986-1991	65-69	1,8	1,4
		70-74	2,8	2,4
		75-79	5,9	5,6
		80 i més	23,7	23,4
Austràlia	1985-1993	65-69	3,0	1,8
		80 i més	24,9	17,6
Estats Units	1982-1994	65-69	1,4	0,9
		70-74	2,3	1,8
		75-79	5,0	3,8
		80 i més	17,6	15,3
Suècia	1980-1995	65-79	3,6	3,1
		80 i més	27,0	25,1

Figura 29

Cost diari de l'atenció a persones amb dependència severa, segons la modalitat d'atenció (dòlars, 2000)

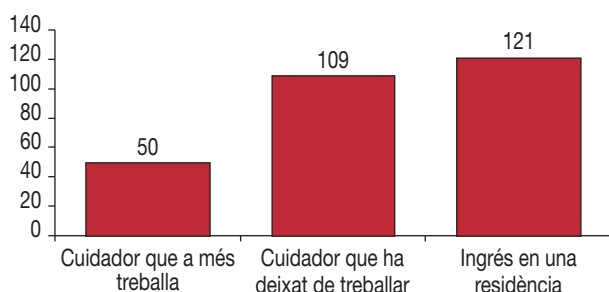


Figura 30

Despesa destinada a la protecció social en la Unió Europea

Percentatge del PIB. En unitats de poder de compra per habitant		
Alemanya	30,50	6351
Bèlgica	30	6059
Espanya	22,4	3160
França	30,8	5608
Holanda	30,9	5952
Itàlia	24,8	4644
Luxemburg	26,2	8297
Gran Bretanya	27,7	4839
Grècia	23,3	2695
Dinamarca	33,6	6884
Finlàndia	32,1	5266
Suècia	34,8	6119
Portugal	21,6	2533
Àustria	29,5	6050
Mitjana Unió Europea	28,7	5120
Catalunya	20,3	3480

Des de la política social, segurament el factor clau per contribuir a la viabilitat del sistema és l'orientació de l'assistència cap als serveis més eficients que, a més a més, són els preferits pel ciutadà.

- L'orientació dels sistemes cap a l'atenció domiciliària ha obtingut importants èxits en la contenció de la institucionalització en molts països.

La cura informal constitueix sens dubte el major factor de contenció de costos en l'atenció a la gent gran:

- Inclosa la pèrdua d'ingressos del cuidador que abandona la feina, els costos de la cura informal són menors que les alternatives formals.
- De cada 12 hores aportades pel sector formal, les llars n'aporten 88 a fer les tasques relacionades amb la salut.

Malgrat la importància d'aquestes línies de contenció de l'increment de la despesa, el fet que Catalunya es trobi encara en una posició per sota de la mitjana de despesa destinada a la protecció social de la Unió Europea i OCDE, fa preveure un marge important per al creixement futur d'aquesta.

Per tal de contenir les pressions sobre l'increment de costos de l'atenció s'han de desenvolupar polítiques actives de prevenció de la dependència i l'atenció comunitàries

1. S'haurien de desenvolupar estudis i sistemes d'informació sobre els costos actuals de la dependència. La presa de decisions sobre polítiques requereix instruments d'informació sobre costos i despesa pública i privada.

2. S'haurien de dissenyar polítiques d'atenció que satisfacin les necessitats de les persones i al mateix temps siguin eficaces per evitar que l'increment de costos de les cures de llarga durada esdevingui un problema impossible de gestionar.

En aquest sentit, el foment de la diversificació de serveis i les polítiques amb tendència a mantenir les persones al seu domicili combinen l'atractiu de respondre a les expectatives de la gent gran amb el d'afavorir les opcions més eficients.

3. S'hauria d'augmentar la despesa, pública i privada, destinada a l'atenció a la dependència per tal d'augmentar el nombre de persones ateses, com també la qualitat de l'atenció.

Referència de figures

1. DURAN, M. A. (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBV.
2. FERNÁNDEZ CORDÓN (1992): *Les personnes âgées en Europe: Rapport national*. Brussel·les.
3. INE (1999): *Base de dades de l'Institut Nacional d'Estadística*.
4. Ajuntament de Sabadell (2001): *Atenció a domicili de la gent gran de Sabadell. Necessitats, xarxa de suport i prospecció de nous serveis*. Departament de Serveis Socials i Cooperació. Sabadell.
- 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. CAMPO, M. J. (2000): *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*. CIS. Madrid.
13. INE. (2001): *Encuesta de Población Activa*.
- 14, 15. Elaborat pel grup d'experts.
16. Servei Català de la Salut. *El model d'atenció socio-sanitària a Catalunya. Pla de Salut*. Barcelona. Vol. 5.
17. Departament de Benestar Social (1999): *Mapa de serveis socials*. Generalitat de Catalunya 1999-2000. Barcelona.
18. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (1995): *Enquesta d'avaluació dels usuaris de residències de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials*. Barcelona.
19. GABREL, C. S. *An Overview of Nursing Homes and Their Current Residents: Data From the 1997 National Nursing Home Survey (2000): Advance Data*. National Center for Health Statistics. Hyattsville. núm. 311.
20. FILIPPINI, M. (1999): *Economies of Scale in the Swiss Nursing Home Industry*. Universitat della Svizzera Italiana.
- 21, 22, 24. CASADO, D. i LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*. Fundación la Caixa. Colección de Estudios Sociales núm. 6. Barcelona.
23. UNESPA (2000): *Seguro de dependencia. Estudio comparativo de las experiencias en Europa y Estados Unidos*. Barcelona.
25. UNESPA (2000): *Estudio del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro*.
26. BARRUBÉS, J. (2001): *Análisis de costes y financiación en los servicios sociosanitarios*. Curso de la Escuela Nacional de Gerontología. Santiago de Compostela.
27. TILQUIN, C. et al. *The increasing level of care of nursing homes clients: More dependent clients or higher standards of care?* 5th Int. Conference on System Science in Health Care. Prague 1992.
- 28, 29. American Council of Life Insures (<http://www.acli.com>).
30. Institut d'Estadística de Catalunya (<http://www.idescat.es>).

- Ajuntament de Barcelona. 2001. *Teleassistència de la Creu Roja*. Barcelona. (<http://www.bcn.es>).
- Ajuntament de Sabadell (2001): *Atenció a domicili a la gent gran de Sabadell. Necessitats, xarxa de suport i prospecció de nous serveis*. Departament de Serveis Socials i Cooperació. Sabadell.
- ARAGALL, F. (1999): *Accessibilitat al municipi: espai públic per a tothom*. Oficina Tècnica de Cooperació (OTC).
- BOADA, M., PEÑA - CASANOVA, J. et al (1999): *Coste de los Recursos Sanitarios de los Pacientes en Régimen Ambulatorio Diagnosticados en Enfermedad de Alzheimer en España*. Medicina Clínica. Vol. 113: 690-695.
- BOADA, M. (2000): *Enfermedad de Alzheimer y medicina basada en la evidencia. Dispositivos asistenciales en la enfermedad de Alzheimer desde la perspectiva de la medicina basada en la evidencia*. «Revista Neurología», Vol. 15. Suplemento 4, 64-78.
- BOADA, M. (1999): *Coste de los servicios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España*. Medicina clínica, 113:18.
- BÜHLER, C. (2000): *Assistive Technology Market and Research. Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe (AAATE)*.
- CATTANI, R. (2000): *The European Disability Forum Manifesto on the Information Society and Disabled People*. European Disability Forum.
- CIS. Estudio CIS 2117 (1996). *Ayuda informal a las personas mayores*. Madrid.
- Comissionat per a la societat de la informació «Catalunya en xarxa» (1999): *Pla Estratègic per la Societat de la Informació: Catalunya en xarxa*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- CONNELL, B. R., JONES, M., MACE, R. et al. (2000): *Adaptive Environments Center & Universal design*. Center for Universal Design. Carolina.
- Consejo y Comisión Europea (2000): *Europe 2002, una sociedad de la información para todos*. Comisión de las comunidades europeas. Bruselas.
- Consorci de Recursos i Documentació per a l'Autonomia Personal. *Distintiu de compromís del disseny per a tothom*. Seminari 21 de maig 1999.
- Creu Roja Catalunya (<http://www.creuroja.org>).
- Decret 100/1984, del 10 d'abril, de supressió de barres arquitectòniques
- Decret 135/1995, de 24 de març, de desplegament de la Llei 20/1991, de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques.

Bibliografia

- Decret 24/1998, de 4 de febrer, pel qual es regula el Programa d'ajudes d'atenció social a persones amb disminució (DOGC núm. 2575, 10 de febrer de 1998).
- Defensor del pueblo (2000): *Atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la sociedad española de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinar de gerontología*. Madrid.
- Departament de Benestar Social (1999): *Memòria del Departament de Benestar Social*. Barcelona.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (1999): *Memòria del Servei Català de la Salut*. Generalitat de Catalunya.
- Departament de Sanitat i Seguretat Social (2000): *Pla de desplegament de recursos sociosanitaris del Programa «Vida als Anys» 2000-2005*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Departamento de Acción Social. (1999): *Servicio de Ayuda a Domicilio*. Diputación Foral de Bizkaia. Bizkaia.
- Department of Communications, Information Technology and the Arts (DOCITA) (1999): *From Telehealth to E-Health: The Unstoppable Rise of E-Health*. Commonwealth of Australia.
- Department of Health (1999): *Caring about carers: A national strategy for carers*. United Kingdom.
- Eurostat 1980-1996 (<http://www.europa.eu.int/comm/eurostat>).
- FONTANALS, M. D. i SUÑOL, R. (2000): *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores*. Editorial Herder. Barcelona.
- FONTANALS, M. D. i SUÑOL, R. (2000): *Documentación clínicoasistencial para centros asistidos y sociosanitarios*. Editorial Herder. Barcelona.
- Foro Alzheimer XXI: ciencia y sociedad (2000): Seminario junio de 2000. Madrid. (<http://www.foroalzheimer.org>).
- FRANCO MARTÍN, M., BUENO AGUADO, Y., DÍAZ BRAVO, E. i LORIENTE GARCÍA, M. (2001): *Nuevas tecnologías aplicadas a la intervención psicosocial en personas mayores*. Fundació Intrás.
- ICASS (2001): *Base de dades de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials*.
- ICTSB Project Team (2000): *Design for All – Final Report 15.05.00*. European Institute for Design and Disability.
- IMSERSO (1998): *Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*. Madrid.

- IMSERO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid.
- IMSERO (<http://seg-social.es/imsero>).
- INE (2000). *Anuario estadístico de España*. Madrid.
- IMSERO (1993): *Plan Gerontológico*. Madrid.
- Institute of Health and Welfare (1997): *Older Australia at a glance*. Australia.
- Llei 20/1991, de 25 de novembre, de promoció de l'accessibilitat i de supressió de barreres arquitectòniques i d'aprovació del Codi d'accessibilitat
- MALONEY, S. K. et al. (1996): *Personal decision making styles and long term care choices*. Health Care Financing. Review. Vol.18 (1).
- MARKING, C. (2000): *Older people and the Information Society - Essential actions for policy markers*. Euro-link Age.
- Ministerio de Fomento, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y Comité Español de Representantes de Minusválidos (1999): *Plan Estatal de Accesibilidad*.
- MULVEY, J. i STUCKY, B. (1998): *Who will pay for the baby boomer's long-term care insurance*. American Council of Life Insurance. Washington.
- MULVEY, J. i STUCKY, B. (2000): *Can Aging Baby Boomers Avoid the Nursing Home? Long-Term Care Insurance for 'Aging in Place'*. American Council of Life Insurance. Washington.
- Nation United (1993): Resolución 48/96. Annex: *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*.
- National Alliance for Caregiving and American Association of Retired Persons. (1997): *Family Caregiving in the U.S. Findings from a National Survey*. United States.
- National Office for the Information Economy (NOIE) (1999): *Australia's ecommerce report card*. Commonwealth of Australia.
- Ondasalud (<http://www.ondasalud.com>).
- PRESTON, J. (1993): *The telemedicine handbook*. Telemedical Interactive Services.
- RONALD, L. MACE (1998): *A Perspective on Universal Design. Designing for the 21st Century: An International conference on Universal Design*. Adaptive Environments Center.
- SABATER, T. (1998): *Nuevas tecnologías para el cuidado de los mayores en el tercer milenio*. Iberdrola Instituto Tecnológico. Barcelona.
- Scientific and Prospective Evaluation of Health Costs and Health Needs Arising from the Aging of the Population* (2000): Directorate General V of the European Commission.

Bibliografia

- Secretaria General del Departament de Benestar Social (2000): *Centres sociosanitaris de llarga estada*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- Servei Català de la Salut (1994): *El model d'atenció sociosanitària a Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- TAYLOR, D. H., SCHENKMAN, M., ZHOU, J., i SLOA, F. A. (2001): *The relative effect of Alzheimer's Disease and Related Dementias, Disability, and Comorbidities on Cost of Care for Elderly Persons*. «Journal of Gerontology». Vol. 56B (5): 285-293.
- The House of Representatives Standing Committee on Family and Community Affairs (1997): *A Report on Health Information Management and Telemedicine*. Canberra.
- The office of the United Nations Rapporteur on Disability (1997): *Government Action on Disability Policy, A Global Survey*. Gotab, Stockholm.
- TORRENS, G. E. (1998): *Design for Ageing and Disability*. Department of Design and Technology. Loughborough University. United Kingdom.
- WRIGHT, D. (1998): *A Report of Study Group 2 of the ITU Development Sector. Telemedicine and Developing Countries*. «Journal of Telemedicine and telecare, Telecommunication Development Bureau i Insmarst».
- MORAGAS MORAGAS, R. *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona (1999): Herder.
- SANJOSÉ, A. i VILARDELL, M. *Unidades funcionales interdisciplinarias de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad*. Medicina Clínica (Barcelona) 1996: 106:336.
- BOADA, M. *Estrategias contra la enfermedad de Alzheimer*. «La Vanguardia». Suplemento Ciencia y Salud. 24/05/01.
- TORIBIO, A. *Cuidemos a los cuidadores*. «Revista Rol de Enfermería». 1997, 222:13-15.

CAPÍTOL III

LES POLÍTIQUES D'ATENCIÓ A LA DEPENDÈNCIA

El finançament de l'atenció a la dependència ha de respondre a dues preguntes fonamentals

1. El finançament de la dependència

El model de finançament de l'atenció a la dependència ha de respondre a dues preguntes clau:

- Com es finançaran les necessitats futures d'atenció a la dependència.
- Com es gestionarà la transició des de l'actual sistema, avui insuficient per a la població gran amb dependència, a un nou sistema.

La qüestió sobre la transició entre el model actual i el futur planteja un problema de solidaritat entre generacions: com assegurem l'equitat entre diferents nivells de rendes per garantir l'equitat en l'accés als serveis.

Fins ara el debat sobre el finançament de la dependència s'ha centrat només al voltant de les fonts de finançament. Cal aprofundir en la revisió global del conjunt del sistema de finançament.

El model de finançament ha de recollir un equilibri entre els actors del sistema

Figura 1

Marc conceptual per a l'anàlisi dels sistemes de finançament

Modalitats de compra de serveis

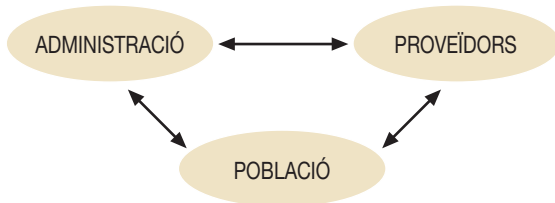
- Pagament de factures
- Pressupost
- Casuística. Iso-recursos
- Necessitats individuals
- Capítatiu ajustat per risc

Fons de finançament

- Finançament públic:
 - mitjançant impostos
 - mitjançant cotitzacions
- Sistema mixt públic - privat
- Assegurament privat de lliure elecció
- Assegurament privat obligatori

Criteris de cobertura d'elegibilitat

- Cobertura universal
- Parcial per tipus de dependència
- Parcial per nivell de rendes
- Parcial per tipus de serveis/recursos



Font: BARRUBÉS J. (2001): *Análisis de costes y financiación en los servicios sociosanitarios*. Curso de la Escuela Nacional de Gerontología. Santiago de Compostela.

El sistema de finançament de les necessitats de la dependència ha de recollir un equilibri entre els principals actors del sistema:

- Població amb dependència: Quines cobertures s'atendran en el model de finançament?
- Administració: Com es recolliran els fons que han de garantir el finançament de la dependència?
- Proveïdors: Com es distribuiran els fons i com es pagarà la provisió?

Els escenaris de creixement econòmic són un factor clau per entendre el desenvolupament del finançament de la dependència

La conjuntura econòmica de Catalunya és molt diferent a aquella que tenien els països europeus als anys 60 quan van desenvolupar la xarxa de serveis socials i serveis d'atenció a la dependència.

- En bona mesura, el ritme de creixement de l'economia als anys 60 va permetre generar uns excedents considerables a sobre dels quals es va construir l'Estat del benestar a Europa.
- Avui, aquests ritmes de creixement ja no es produeixen a Europa, i en aquest context Catalunya ha d'assegurar el creixement dels serveis d'atenció a la dependència.

El creixement econòmic és un factor clau per determinar com afectarà l'envelliment demogràfic la despesa pública futura.

- Els escenaris de finançament als EUA mostren com amb un creixement del PNB del 3% anual, la despesa pública es manté en la mateixa proporció actual fins a l'any 2030...
- ...mentre que amb un creixement de l'1%, el percentatge de despesa pública pràcticament es duplica.»

Figura 2

Creixement econòmic en els països de l'OCDE

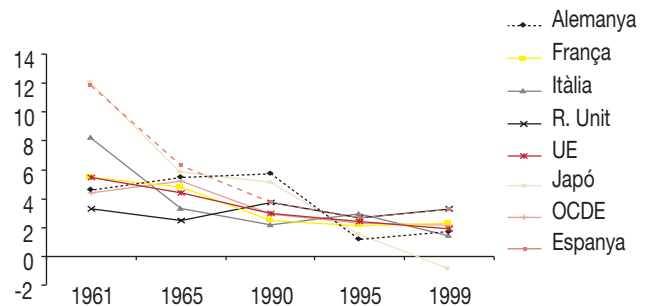


Figura 3

Tendències en el finançament i la provisió de la dependència

Els autors consideren tres tendències fonamentals en el futur del finançament de l'atenció a la dependència:

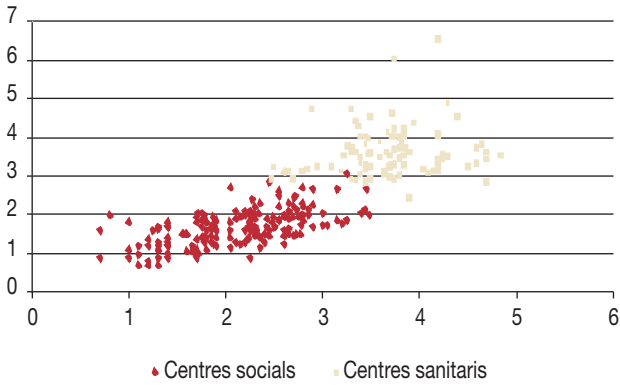
- La responsabilitat financera de l'atenció de llarga durada canviarà segurament del govern federal cap als estats, els individus i les seves famílies.
- Els proveïdors continuaran responenent a la competència del mercat, els canvis en les preferències dels consumidors i els canvis en els sistemes de pagament i les polítiques de finançament, mitjançant l'exploració de maneres d'integrar i gestionar serveis d'atenció d'aguts i llarga durada, i afegint nous tipus de servei al continu de cura.
- Els consumidors continuaran conscienciant-se de la seva vulnerabilitat i pensaran més seriosament en com planificar i pagar per les seves futures necessitats de cura de llarga durada i com «navegar» independentment pel sistema de cura de llarga durada.

Font: COHEN MA. *Emerging trends in the Finance and Delivery of Long Term Care: Public and private opportunities and Challenges*. «The Gerontologist».

La reflexió sobre el model de finançament s'ha d'iniciar amb la definició de la població coberta

Figura 4

Representació de l'oferta i la demanda (en hores de cures / resident) en institucions socio sanitàries del Quebec



El debat sobre el finançament de la dependència existeix perquè hi ha una voluntat (o necessitat) d'augmentar la cobertura de l'atenció a les persones grans amb dependència.

Avui, l'atenció a la població amb situacions de dependència està delimitada principalment pel nivell de renda.

- Els criteris d'accés als serveis estan delimitats pel nivell de dependència (necessitat), però també pel nivell de renda.
- Aquest model genera situacions d'inequitat en les classes mitjanes, atès que no tenen possibilitat d'accés als serveis d'atenció.
- Aquestes persones tenen un nivell de renda massa elevat per a ser incloses en el sistema públic d'atenció...
- ...però massa baix per acollir-se a opcions de pagament privat dels serveis.

A més a més, el model actual dual de serveis socials i serveis socio sanitàries ha originat una doble cobertura que pot traduir-se en situacions d'inequitat.

- Les persones que entren al sistema a través dels serveis socials han afrontat el criteri econòmic d'accés i coparticipen en el cost de l'atenció.
- Les persones que entren al sistema a través dels serveis socio sanitàries reben una atenció universal i gratuïta.
- I en alguns casos (residència assistida i llarga estada), el perfil del client és el mateix.

Les intervencions sobre les fonts de finançament de caràcter purament públic o estrictament privat tenen poc potencial per resoldre l'atenció a la dependència

La implantació d'un sistema de finançament públic i universal mitjançant impostos (com en el sistema sanitari) és de difícil implantació, atès el poc marge de maniobra.

- El context econòmic mundial penalitza les economies amb dèficit públic.
- La societat no admet increments en la pressió fiscal que suporta.

En canvi, les formes privades d'assegurament de dependència pateixen en l'actualitat de dificultats d'acceptació:

- Les generacions joves tendeixen a pensar que els poders públics es faran càrrec d'alguna manera d'aquest risc.
- En general existeix una tendència a no assegurar riscos que són de baixa probabilitat encara que siguin molt costosos.
- Existeix el desig de deixar una herència perquè motiva l'atenció de familiars i evita la institucionalització (risc moral).
- Existeix un producte substitutiu gratuït: l'atenció pública per a les persones amb escassos recursos econòmics (efecte substitució).

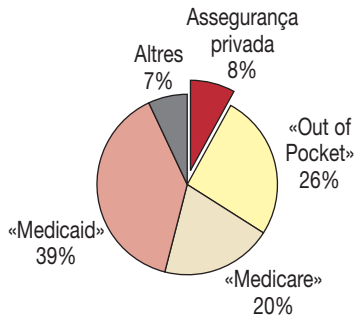
Les experiències de col·laboració dels sectors públic i privat en la gestió de les fonts del finançament han demostrat, en alguns casos, que són molt eficaces:

- En el cas de l'atenció a la dependència, l'experiència d'Alemanya suposa un exemple de col·laboració entre ambdós sectors.
- En sectors pròxims com la sanitat, l'experiència Muface aporta elements interessants que es poden traslladar a l'atenció a la dependència.

El debat sobre les fonts de finançament de la dependència s'està centrant al voltant de les polítiques d'«assegurament»

Figura 5

Distribució de la despesa total en cures de llarga durada en els EUA al 1998 segons finançador (150.000 M dòlars)



L'assegurament de la dependència s'ha proposat com a sistema de garantir el futur finançament.

- L'assegurament constitueix una seguretat enfront de la més important incidència que pot fer desaparèixer els estalvis i el patrimoni de les persones grans.
- L'existència de capitalització pròpia dels sistemes d'assegurament, afegeix garanties al futur del finançament de la dependència de manera molt més eficaç que la simple compensació intergeneracional en cada època.
- Els estudis indiquen elevades proporcions d'adults amb capacitat econòmica per a contractar aquest tipus d'assegurament.

A més a més, els sistemes d'assegurament permeten eliminar l'actual sistema de copagament per un sistema de coassegurament.

- El sistema de copagament actual suposa una participació en el cost de l'atenció que recau exclusivament en les persones que necessiten l'atenció.
- Per contra, el coassegurament suposa una participació col·lectiva en el cost, i per tant més solidaritat.

Un element crític en l'assegurament de la dependència és el risc de caure en el doble assegurament del cost sanitari.

- Una de les principals dificultats en l'assegurança de la dependència recau a diferenciar el cost sanitari i el de la dependència, atès que l'atenció sanitària ja està coberta mitjançant un assegurament públic...
- ...i el 20% de la població té una assegurança sanitària.

La política de finançament no només és revisada a escala macro, sinó també com a instrument per intervenir en la provisió

La modalitat de compra de serveis actual es basa en productes intermedis (hores d'atenció, estades residencials...), ajustats segons el perfil de dependència de les persones.

- No obstant això, la utilització de grups de dependència com a instrument de finançament és encara limitada, a Catalunya.

Tant en el cas de la institucionalització com en el de l'atenció domiciliària, els sistemes de pagament als centres estan fortament condicionats pel desenvolupament de mesures i la classificació de l'estat de les persones ateses.

- En el cas dels serveis d'institucionalització amb un ampli ventall d'instruments desenvolupats per a realitzar aquestes mesures.
- En el cas de l'atenció domiciliària, encara en una fase de desenvolupament d'aquests sistemes.

La compra de serveis està parcel·lada pel nivell d'atenció. Això provoca que no hi hagi cap incentiu envers la integració real de serveis, ni per als proveïdors ni per als finançadors.

- Les formes de pagament segons la població coberta (finançament capítatiu ajustat per risc), desenvolupades sobretot als Estats Units (Social-HMO i PACE) han facilitat la integració de serveis i han reduït el cost de la provisió.
- L'experiència d'integració de serveis i finançament a escala municipal a Dinamarca han permès reduir el cost total de la provisió i canviar el perfil de serveis, d'institucionals a comunitaris.

També el finançament públic de la cura domiciliària és objecte de revisió, amb les finalitats de:

- Fer la prestació de serveis domiciliaris més sensible a les necessitats dels beneficiaris.
- Augmentar la flexibilitat dels proveïdors per estructurar els plans de cura.
- Garantir la provisió de cura d'alta qualitat.
- Millorar l'eficiència de l'actuació de l'Administració.
- Facilitar la utilització adient dels serveis de cura domiciliària.
- Assegurar els pagaments adequats per a la prestació realitzada i estimular els esforços per a evitar el frau i l'abús.

Figura 6

Modalitats bàsiques de compra o pagament dels serveis

- Segons el pressupost o el cost dels recursos.
- Segons una classificació de clients.
- Segons un sistema de capítació.
- Segons les necessitats individuals dels clients.

Font: TILQUIN C. (1998). *Effect pervers associé aux modalités d'allocation des ressources aux organisations prenant en charge les personnes dependantes*. EROS. Montreal (pàg. 70).

Figura 7

Modalitats de compra de serveis i efectes en la provisió

Hi ha quatre fases en els sistemes de finançament de les institucions per cura de llarga durada:

- «Finançament segons els recursos utilitzats o consumits: pagament de factures.
- Pressupost global: el pressupost és habitualment indexat a una taxa nacional que oculta l'evolució de les necessitats, diferent en cada centre.
- Classificació dels clients: s'utilitzen grups homogenis de clients (basats en índexs com els de Katz, Kuntzmann, RUG, etc) en què a cada categoria de clients s'associa un pagament relacionat amb el seu cost.
- Finançament segons els recursos requerits per cada client, basats en sistemes de valoració dels recursos requerits.»

I cada una d'aquestes modalitats té influència en els riscos associats a la provisió de l'atenció:

- Risc d'ASIMETRIA D'INFORMACIÓ entre el proveïdor i el finançador
- Risc de SELECCIÓ DELS CASOS RENDIBLES.
- Risc de MALA QUALITAT DE LES CURES.
- Risc d'AFAVORIR LA DEPENDÈNCIA.
- Risc de SUBPRODUCCIÓ DE CURES.
- Risc de SUPERPRODUCCIÓ DE CURES.
- Risc d'AFAVORIR LA INSTITUCIONALITZACIÓ.

Font: TILQUIN C. (1998). *Effect pervers associe aux modalités d'allocation des ressources aux organisations prenant en charge les personnes dependantes*. EROS. Montreal (pàg. 70).

1. La Generalitat de Catalunya hauria d'impulsar l'elaboració d'una llei de dependència que reguli el marc de finançament i el nivell de cobertura.

Els poders públics haurien d'abordar de forma rigorosa els mecanismes per garantir uns determinats nivells de cobertura futura de la dependència que no estiguin subjectes a la disponibilitat local de serveis socials de cada territori, ni a la situació socioeconòmica de cada persona.

- Els criteris de cobertura s'haurien de basar en les necessitats de les persones, i la situació socioeconòmica només hauria de ser utilitzada, si escau, per determinar la coparticipació en el cost de la provisió.

L'esquema del finançament dels serveis hauria de partir de dos elements clau:

- L'establiment d'un model d'assegurament de la dependència.
- L'establiment d'un sistema de participació entre els sectors públic i privat en la gestió del finançament.

2. S'haurien de promoure, des de la Generalitat de Catalunya, sistemes de compra de serveis que contribueixin a millorar l'eficiència en la provisió, la qualitat i la integració dels diferents nivells d'atenció.

La cobertura pública de la dependència de la gent gran és molt variable al nostre entorn

2. El rol de les administracions públiques

La cobertura pública del risc de dependència és força tradicional en els sistemes assistencials europeus, que es troba ja, com a cobertura als treballadors actius, des de l'inici dels sistemes de seguretat social i d'assistència social a tots els països.

En canvi la inclusió de la gent gran en la cobertura d'aquest risc és força menys tradicional i més variada.

Des d'un punt de vista d'ètica social, l'obligació intergeneracional de finançament de les cures de la gent gran és vist per alguns autors com l'obligatori «retorn de la inversió» feta abans en cuidar i educar les generacions joves.

Figura 8

Inversió intergeneracional

«La font bàsica de riquesa agregada en una societat desenvolupada és l'estoc de capital humà existent (coneixements, habilitats, aptituds, motivació...).

La font primordial d'aquest capital és la inversió feta per les generacions precedents. Aquesta inversió intergeneracional representa, com qualsevol inversió, sacrifici econòmic i renúncia al consum o l'acumulació de benestar personal.

D'aquesta inversió intergeneracional, l'estoc de capital humà que sosté l'actual productivitat econòmica sorgeix d'una lògica reclamació de compartir aquesta producció mitjançant un just retorn de la inversió.

Mirat d'aquesta manera, programes d'atenció a la dependència no haurien de ser considerats de «benestar social», perquè són mecanismes que administren públicament el retorn a les cohorts grans per les seves inversions fetes en el capital humà de les generacions joves.»

Font: GREENE VL., i MARTY K. (1999). *Generational Investment and Social Insurance for the Elderly: Balancing the Accounts*. «The Gerontologist». Vol. 39 (6): 645-647.

En el nostre país, no existeix una definició clara i explícita de la cobertura de la dependència en persones grans

Figura 9

Protecció de la gent gran a la UE

«La protecció social de les persones grans és menys uniforme del que caldria esperar a primer cop d'ull. Els programes de renda i els serveis socials per a gent gran inclouen un ampli espectre de sistemes de protecció que poden canviar les circumstàncies relatives a la població depenent de cada país. Els aspectes rellevants en aquest context inclouen no únicament els sistemes de protecció consolidats com a pensions, sanitat i els serveis tradicionals, sinó també programes addicionals de renda, prestacions d'habitatge i despeses fiscals.»

Font: RODRÍGUEZ, G. (coordinador) (1999). *La protección social de la dependencia*. IMSERSO. Madrid. P. 45-110.

El sistema de seguretat social espanyol reconeix la dependència com a subjecte de prestacions:

- Gran invalidesa
- Prestació no contributiva
- Desgravacions fiscals

En tot cas, la cobertura en conjunt de molts d'aquests serveis per a la gent gran és insuficient i amb un elevat nivell de variabilitat:

- «Els mecanismes existents no disposen d'un marc global coherent, ni protegeixen la gran majoria de situacions de dependència, al qual s'ha d'afegir la feblesa del règim jurídic dels serveis socials» (G. RODRÍGUEZ CABRERO. *La protecció social de la dependència*).
- Aquests dèficits fan que les cobertures reals del sistema de seguretat social a Espanya siguin marginals pel que fa a la gent gran.

El compromís de les administracions públiques respecte a la dependència ha experimentat un canvi substancial

El dret a la protecció social de la dependència va ser revisat a partir de la dècada dels 80 com a conseqüència de l'aparició de la nova legislació sobre serveis socials. Aquests nous instruments han partit d'un enfocament universalitzador del dret a l'assistència, si bé l'operativització d'aquest principi no ha estat encara clarament implementada.

Els experts a Espanya mantenen un elevat grau d'unanimitat a considerar la necessitat d'establir mecanismes explícits de regulació legal dels «continguts, el finançament i la cobertura dels serveis sanitaris, socials i de previsió per a les persones grans».

Com la majoria de lleis autonòmiques, la legislació catalana considera àrea d'actuació dels serveis socials:

«c) L'atenció i la promoció del benestar de la vellesa passen per normalitzar i facilitar les condicions de vida que contribueixin a la conservació de la plenitud de les facultats físiques i psíquiques, com també la seva integració social.» (Decret 17/1994 de 16 de novembre.)

Figura 10

Heterogeneïtat de la protecció social

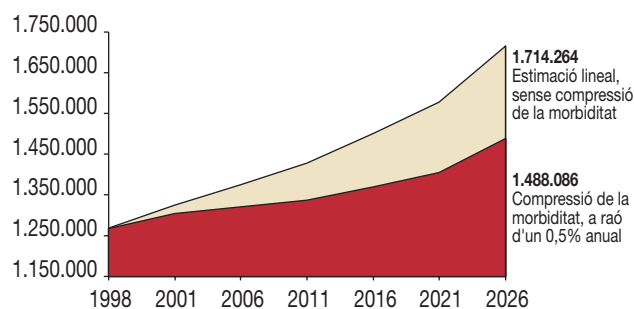
«Les CA, fent ús de les seves competències, van emprendre el camí... mitjançant l'aprovació de lleis de serveis socials o acció social. Aquest procés va durar 10 anys (1982-1992) i actualment algunes d'aquestes lleis ja han estat modificades... Els contorns generals d'aquestes normes estan constituïts pels elements següents:

Objecte. Totes les lleis pretenen establir un «sistema» que posi fi a la dispersa i fragmentada situació existent i que sigui en uns casos un «servei públic» i en d'altres «de responsabilitat pública». També pretenen, en general, generalitzar el dret als serveis socials sense establir moltes vegades els mecanismes jurídics i econòmics necessaris.»

Font: RODRÍGUEZ, G. (coordinador) (1999). *La protección social de la dependencia*. IMSERSO. Madrid. P. 45-110.

El «cost de la no intervenció» legitima el disseny de polítiques integrals envers la dependència

Figura 11
Projecció del nivell de dependència amb el nivell de prevalença màxim (2001-2026)



Hem de considerar també que en la situació del nostre país, l'absència d'unes polítiques integrades per atendre la dependència en la gent gran, pot tenir uns costos difícils de quantificar, però sens dubte molt importants.

El cost de la no intervenció de l'Administració sanitària en les polítiques preventives sobre les malalties i els factors de risc pot implicar, per exemple, que el fenomen de la compressió de la morbiditat es reproduïxi a Espanya o no. El cost entre els escenaris alternatius d'aquest fenomen ha estat estimat en 300.000 milions de ptes.

Des del punt de vista del sistema assistencial, la combinació de la pressió social de greus necessitats assistencials amb un sistema de cobertura i accés poc definit i fragmentat entre diverses institucions, afavoreix la creació d'un sistema dual on es poden trobar al mateix temps greus deficiències de cobertura d'alguns ciutadans amb duplicitat i descoordinacions en la cobertura d'altres.

Les polítiques socials s'han de dissenyar des d'una perspectiva plural

La definició del paper de les administracions públiques es fa sobre un quadrat de definicions complementàries en quatre eixos.

- Poders públics
- Famílies
- Associacions
- Mercats

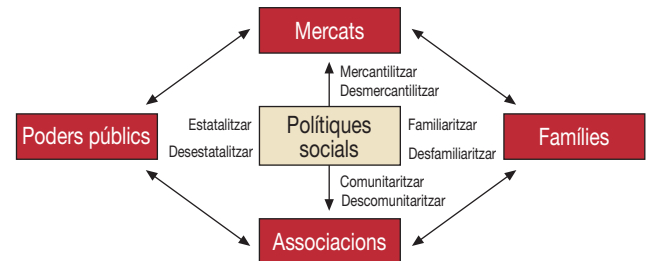
Al seu desenvolupament històric, els sistemes de benestar social arriben a un determinat equilibri sobre aquests quatre eixos que els defineix.

Aquest esquema ens il·lustra algunes característiques força rellevants del desenvolupament de la política social sobre la dependència:

- En primer lloc, és evident que la política social sobre la dependència no pot fer-se únicament des de la perspectiva de la prestació de serveis. Quan més del 80% de les persones grans dependents són ateses al seu domicili pels seus familiars, el pes dels serveis formals ha de ser revisat.
- En segon lloc, l'abast intersectorial de les intervencions. Si bé la prestació directa de serveis afecta bàsicament el sector sanitari i social, la intervenció global sobre l'atenció a la dependència integra intervencions complexes que han de ser planificades com a programes interdepartamentals.

Figura 12

Els diferents papers de les polítiques públiques



L'Administració hauria d'obligar-se jurídicament a garantir un mínim d'atenció universal

1. Les administracions públiques haurien de liderar, en aquest terreny, l'estructuració del sector d'atenció a la dependència des de tres òptiques:

- La protecció de drets en les situacions de dependència
- L'estructuració de serveis bàsics accessibles i de qualitat
- La generació d'ocupació més estable i molt adient per a col·lectius actualment exclosos o en el mercat laboral submergit

2. S'haurien de reflectir, en una nova llei, les garanties mínimes de protecció de la dependència per part de l'Administració i que aquesta norma servís com a base per al desenvolupament de polítiques encaminades a aconseguir aquest fi.

- Les característiques socials de la dependència requereixen un canvi en el patró de reconeixement actual de les obligacions públiques envers la cobertura de les situacions de dependència.
- El marc normatiu general dels serveis socials, sanitaris i d'altres, requereix una revisió en profunditat per emmarcar un futur en què el fenomen de la dependència constituirà un factor clau per a una població de persones grans cada vegada més nombrosa.

3. S'hauria d'avançar en la recerca d'un equilibri entre tots els actors socials (poders públics, famílies, associacions, mercats...) involucrats en l'elaboració de polítiques públiques sobre la dependència.

- Aquesta complexitat d'actors fa necessari el disseny de polítiques intersectorials complexes per a abordar la qüestió en conjunt i no exclusivament des de la perspectiva de la provisió de serveis als casos més necessitats.
- Aquestes polítiques haurien d'incloure un ventall d'aspectes, des de fiscalitat fins a barreres arquitectòniques o noves tecnologies. L'abordatge dels diferents aspectes s'hauria de fer de manera intersectorial per tal que les intervencions es potenciïn entre elles.

El model d'atenció a Catalunya ha tingut un important desenvolupament

3. El model d'atenció

L'actual situació a Catalunya és fruit d'una important capacitat d'innovació aplicada a uns serveis socials en plena evolució històrica de l'Estat del benestar, el qual s'ha desenvolupat en dues fases diferenciades:

- Una fase de desplegament (1945-75) amb un volum mínim en la implantació dels serveis personals.
- Una fase de creixement accelerat amb l'objectiu de cobrir les necessitats més prioritàries i que actualment afronta la necessitat de renovar les polítiques socials per tal d'acomodar tot un «nou» sector que ja s'ha consolidat com un important segment de l'activitat del país.

En aquest context, l'exemple paradigmàtic de definició d'un model català innovador va ser la creació del Programa «Vida als Anys»:

- Valoració d'alguns perfils d'usuaris l'atenció dels quals no estava coberta.
- Definició de tipologies de serveis necessaris per atendre'ls amb un discurs específic d'interdisciplinarietat en els serveis.
- Definició d'un ventall força diversificat de les tipologies de recursos per a proporcionar aquest serveis.
- Important desenvolupament d'unitats amb un elevat contingut de coordinació interrecursos i «gestió de casos» (PADES, UFISS, CIMSS...).
- Creació d'un esquema de finançament específic amb participació de l'SCS, l'ICASS i el copagament per part dels usuaris.
- Una forta inversió en instruments de professionalització del sector.

Figura 13

Distribució de la dependència segons el tipus

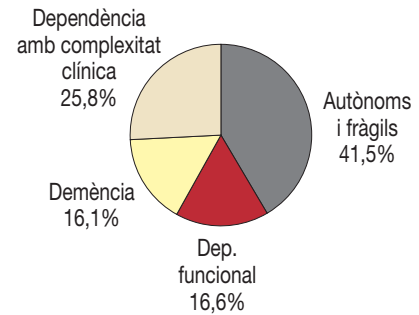


Figura 14

Elements metodològics del model

- El treball interdisciplinari
- El Pla individualitzat d'atenció integral (PIAI)
- Els protocols
- Els registres
- El cicle de revisió contínua

Font: Servei Català de la Salut. *Model d'Atenció Sòcio sanitària a Catalunya*. Pla de Salut. Barcelona. Vol. 5.

No obstant això, avui requereix una revisió per augmentar el grau d'integració i coordinació dels serveis...

En primer lloc, els límits d'un model de separació rígida dels sistemes sanitari i social:

- El sistema ha generat importants duplicitats/encobriments entre l'atenció socio sanitària i els serveis socials.
- En l'àmbit de la dependència és força difícil diferenciar els clients purament «socials» i «socio sanitaris», llevat d'una petita part del col·lectiu.

En la pràctica, el que s'ha fet no ha estat integrar els serveis socials i sanitaris, sinó crear un tercer sector que serveixi de «pont» entre ambdós.

En segon lloc, la possibilitat d'assolir un sistema integrat pot ser força complicada pel motiu de la distribució de competències de finançament entre institucions.

La distribució de la responsabilitat sobre els serveis (entre sanitat i serveis socials, entre administracions autonòmiques i locals) dificulta la realització de polítiques integrades al voltant de les necessitats dels usuaris.

- Per exemple, una política de foment de l'atenció domiciliària requeriria traspàs de finançament entre administracions per tal que els guanys derivats d'una menor utilització de la institucionalització permetessin finançar l'increment de cobertura de l'atenció domiciliària.
- I aquests traspàs de fons són difícils de fer en la pràctica.

Algunes experiències d'integració dels sistemes de provisió i finançament (p.e., Dinamarca) han aportat excel·lents resultats en la contenció del cost d'atenció, el desenvolupament de l'atenció a domicili, la millora de l'accés als serveis i la satisfacció dels usuaris.

Figura 15

L'experiència del model d'atenció a domicili de Dinamarca

	DINAMARCA	
	1985	1997
Nombre de places residencials	49.487	34.786
Places per a 1.000 > 65 anys	65	44
Places per a 1.000 > 80 anys	301	166
Despesa sociosan. > 65 anys	\$ 3.608	\$ 3.905
Despesa sociosan. > 80 anys	\$ 16.811	\$ 14.818
% PIB despesa socio sanitària	2,40 %	2,20 %
% més grans de 65 anys	15,0 %	15,0 %
% més grans de 80 anys	3,2 %	4,0 %

Font: STUART M., WEIRINCH M. (2001) *Home and Community Based Long Term Care: Lessons From Denmark*. «The Gerontologist». Vol. 41 (4): 474-480.

...i situar la persona gran (i les seves necessitats) com a motor del model

En l'actualitat, el model d'atenció es defineix al voltant de la tipologia de recursos d'atenció. I de fet, aquests condicionen el repartiment de competències en matèria de planificació, provisió i finançament.

No obstant això, algunes experiències (CIMSS en algunes comarques) han demostrat que és possible la coordinació integrada dels serveis quan els diferents actors s'organitzen al voltant de l'avaluació de l'usuari.

Per tant, caldria fer un esforç per transformar progressivament el model d'atenció actual, basat en recursos, en un model d'atenció en què les necessitats de la persona gran siguin el centre de gravetat.

I aquest és el principal debat en totes les reformes dels sistemes socials i sanitaris europeus de la darrera dècada, en què «l'empowerment» (donar poder) a l'usuari ha constituït el principal eix legitimador dels canvis (radicals en molts casos) que s'han produït en els sistemes de serveis socials.

Figura 16
Model d'atenció

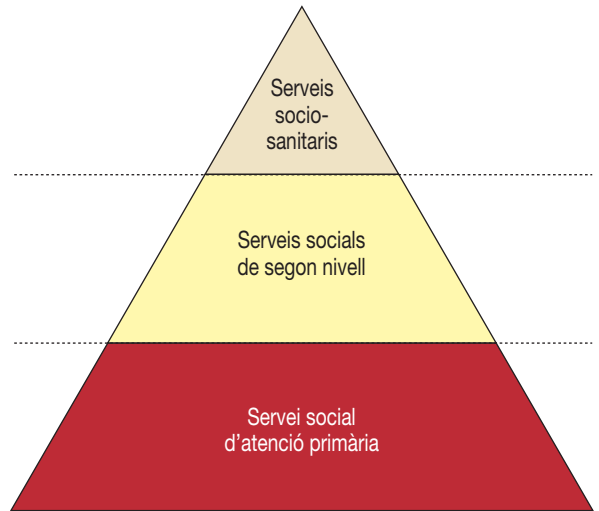
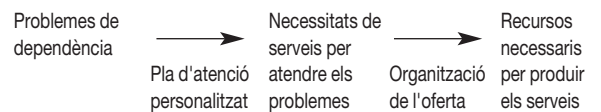


Figura 17
Esquema de dos models d'atenció

a) Model d'atenció basat en els recursos



b) Model d'atenció centrat en les persones



Font: PORTELLA E. (1999) *Enfoques e instrumentos para el desarrollo de las estrategias de atención sociosanitaria*. Conferencia Servicios para la atención sociosanitaria a los ancianos: estrategias y Programación. Barcelona.

1. S'hauria de considerar l'inici del segle XXI com una excel·lent oportunitat per iniciar les tasques de revisió de l'actual model d'atenció a la dependència.

Per abordar aquestes reformes, Catalunya s'hauria de valdre de l'àmplia experiència prèvia de desenvolupament innovador de models assistencials («Vida als Anys» i d'altres experiències).

2. La revisió del model hauria de tenir com a eix, en consonància amb els principis legitimadors de totes les reformes europees, la devolució del poder a l'usuari: passar de «beneficiari» a client.

L'avaluació interdisciplinària de les necessitats del client i l'elaboració del pla de cures hauria de convertir-se en l'eix de l'organització dels serveis i la clau dels sistemes de pagament.

3. Fins i tot sense modificacions de les competències actuals, les diferents administracions haurien d'adaptar el seu funcionament a la responsabilitat d'oferir una atenció integrada al ciutadà.

- Aquesta integració requereix un esforç especial per a l'avaluació de possibles fórmules (del tipus finançament capítatiu ajustat per risc, «social_HMO», etc.) que estimulin el funcionament del sector assistencial com un continu de cures.

- Al mateix temps, aquesta integració requereix fer un esforç de consens en els instruments utilitzats per a la valoració de la dependència. Els resultats de la valoració condicionaran els serveis necessaris a utilitzar per cada persona i en conseqüència la responsabilitat de finançament de cada un dels actors implicats.

- També exigeix una certa distribució de rols entre uns serveis «centrals», asseguradors de la dependència i motors del desenvolupament del sector, i uns serveis «territorials», orientats cap a la «gestió de casos» i la garantia del continu assistencial.

1. BARRUBÉS, J. (2001): *Análisis de costes y financiación en los servicios sociosanitarios*. Curso de la Escuela Nacional de Gerontología. Santiago de Compostela.
2. JACOBZONE, S., CAMBOIS, E., CHAPLAIN, E. i ROBINE, J. M. (1999): *The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?* Directorate for education, employment, labour and social affairs employment, labour and social affairs committee. Organisation for Economic Co-operation and Development.
3. COHEN, M. A. *Emerging trends in the Finance and Delivery of Long Term Care: Public and private opportunities and Challenges*. «The Gerontologist». Vol. 38 (1): 80-89.
- 4, 6, 7. TILQUIN, C. (1998): *Effect pervers associé aux modalités d'allocation des ressources aux organisations prenant en charge les personnes dependantes*. EROS. Montreal (pàg. 70).
5. National Academy on an Aging Society (1999): *The Public Policy and Aging Report: Gerontological Society of America*. Vol. 9 (4); 1-14.
8. GREENE, V. L. i MARTY K. (1999): *Generational Investment and Social Insurance for the Elderly: Balancing the Accounts*. «The Gerontologist». Vol. 39 (6): 645-647.
- 9, 10. RODRÍGUEZ, G. (coordinador) (1999): *La protección social de la dependencia*. IMSERSO. Madrid. p. 45-110.
11. UNESPA (2000): *Estudio del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro*.
12. GOMÀ, R. i SUBIRATS, J. *Les polítiques socials per a les persones grans. Les noves tendències a Europa i el paper dels governs locals*.
13. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (1995): *Enquesta d'avaluació dels usuaris de residències de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials*. Barcelona.
14. Servei Català de la Salut. *Model d'Atenció Sociosanitària a Catalunya*. Pla de Salut. Barcelona. Vol. 5.
15. STUART, M. i WEIRINCH, M. (2001): *Home and Community Based Long Term Care: Lessons From Denmark*. The Gerontologist. Vol. 41 (4): 474-480.
16. Elaborat pel grup d'experts.
17. PORTELLA, E. (1999): *Enfoques e instrumentos para el desarrollo de las estrategias de atención sociosanitaria*. Conferencia Servicios para la atención sociosanitaria a los ancianos: Estrategias y Programación. Barcelona.

Bibliografia

- ASHTON, T. (2000): *New Zealand: Long Term Care in a Decade of Change*. «Health Affairs». Vol. 19 (3): 72-85.
- AZNAR LÓPEZ, M. (1998): *Los servicios sociales públicos para mayores. Balance y Prospectiva. Documentación Social*. «Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada». Vol. 112: 65-83.
- BURTON, H. SINGER y KENNETH, G., Manton (1998): *The effects of health care service needs for the elderly population of the United States*.
- CACHÓN RODRÍGUEZ, L. (1998): *Los mayores como yacimiento de empleo. Documentación Social*. «Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada». Vol. 112: 223-234.
- CARRILLO, E. (1995): *Case Management en las demencias: ¿una solución para el problema o una solución en busca del problema?* «Revista de Gerontología».
- CARRILLO, E. i GARCÍA, A. A. (1997): *La medida del producto sanitario*. A LÓPEZ DOMÍNGUEZ (editor). *La gestión de pacientes en el hospital*. Ediciones Olalla. Madrid.
- CASADO, D. i LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*. Fundación la Caixa. Colección de Estudios Sociales núm. 6. Barcelona.
- COHEN, M. A. (1998): *Emerging Trends in the Finance and Delivery of Long Term Care: Public and Private Opportunities and Challenges*. «The Gerontologist». Vol. 38 (1):80-89.
- COHEN, M. A. *Emerging trends in the Finance and Delivery of Long Term Care: Public and private opportunities and Challenges*. «The Gerontologist». Vol. 38 (1): 80-89.
- Consellería de Sanidade e Servizos Sociais, Xunta de Galicia. *Programa de Atención Sociosanitaria* (1995).
- CREIGHTON CAMPBELL, N. i IKEGAMI, N. (2000): *Long Term Care Insurance Comes to Japan*. Health Affairs. Vol. 19 (3): 26-39.
- CRUZ, A. J., SERRA, J. A. i LÁZARO M. et al (1994): *La eficacia de la interconsulta geriátrica en pacientes ingresados en traumatología*. An Med Intern. Madrid. Vol. 11: 273-277.
- LUCAS, DEBORAH (1996): *Managed Competition with Prefunding: The Solution for Long-Term Care?*
- Defensor del pueblo (2000): *Atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la sociedad española de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinar de gerontología. Madrid.

- DKV Seguros (2001): *El papel del seguro en la atención a las personas dependientes en España*. Barcelona.
- «El País» (2001). Cuidar a los que cuidan.
- ERRANDO, E., NAVARRO R. et al (1995): *Informe G.A.T. sobre 'Enfermos crónicos'*. Propuesta Programa PALET. Generalitat Valenciana.
- FERDER, H., KOMISAR, H. L. i NIEFELD, M. (2000): *Long Term Care in the United States: An Overview*. Health Affairs. Vol. 19 (3): 40-56.
- FONTANALS, M. D., MARTÍNEZ, F. i VALLÉS, E. (1995): *Evaluación de la Atención Sociosanitaria en Cataluña. La Experiencia del Programa «Vida als Anys»*. «Revista Española de Geriatria y Gerontología». Vol. 30: 189-198.
- Fundación Saludo, Innovación y Sociedad (SIS) (2000): *Envejecimiento y dependencia: Futuros deseables y futuros posibles. Análisis Prospectivo*. Novartis. Barcelona.
- GOMÀ, R. i SUBIRATS, J. *Les polítiques socials per a les persones grans. Les noves tendències a Europa i el paper dels governs locals*.
- GÓMEZ, X., FONTANALS, M. D., ROIGÉ, P. et al (1992): *Atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales*. Todo Hospital. Vol. 84: 17-26.
- GREENE, V. L., MARTY, K. (1999): *Generational Investment and Social Insurance for the Elderly: Balancing the Accounts*. «The Gerontologist». Vol. 39 (6): 645-647.
- GREENE, V. L. i MARTY, K. (1999): *Generational Investment and Social Insurance for the Elderly: Balancing the Accounts*. «The Gerontologist». Vol. 39 (6): 645-647 (pàg. 73).
- HERNÁNDEZ, J. i DE LA MATA, I. (1995): *Proyecto de Modelo Asistencial de los Hospitales de Media y Larga Estancia del Servicio Regional de Salud*. Comunidad de Madrid. Consejería de Salud. Dirección General de Estudios y Análisis de Recursos y Organización Sanitaria. Madrid.
- HEUMANN, L.F. i BOLDY, D. (1995): *Envejecer dignamente en la comunidad. Soluciones Internacionales destinadas a la protección de ancianos dependientes*. SG Editores. Fundación Caja de Madrid. Barcelona.
- HOWE, A. L. (2000): *Rearranging the compartments: The Financing and Delivery of Care for Australia's Elderly*. Health Affairs. Vol. 19 (3): 57-71.
- JACOBZONE, S., CAMBOIS, E., CHAPLAIN, E. i ROBINE, J. M. (1999): *The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?* Directorate for education, em-

Bibliografia

- ployment, labour and social affairs employment, labour and social affairs committee.* Organisation for Economic Co-operation and Development.
- KANE, R. (1990): *Case Management and Assessment of the Elderly.* A KANE R.J. and EVANS J. (ed.) *Improving the Care of the Older People.* A World View. Oxford University Press. New York.
- KODNER, D. L. (1994): *Chronic Illness - The «New» Health Care Paradigm.* Presented ad SYSTED 94. Fifth International Symposium on System Science for the Elderly and the Disabled. Geneve.
- KODNER, D. L. (1996): *Integrating Health and Social Care at Home. A View from the other Side of the Atlantic.* Home Care in European Association of Care and Help at Home. Barcelona.
- MAUSER, E. (1997): *Medicare Home Health Initiative: Current Activities and Future Directions.* «Health Care Financing Review». Vol. 18 (3): 275-291.
- MCCALL, N., KOMISAR, H. L., PETERSONS, A. i MOORE, S. (2001): *Home Health use and spending dropped sharply as a result of the BBA but the effect on beneficiaries is not yet known.* Health Affairs. Vol. 20 (3): 189-198.
- MIGUEL, J. J. (1998): *Oportunidades de empleo en el ámbito de los servicios a personas mayores dependientes.* Documentación Social. «Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada». Vol. 112: 86-95.
- National Academy of the Gerontological Society of America (1999): *The Public Policy and Aging Report* (volum 9, núm. 4).
- National Academy on an Aging Society (1999): *The Public Policy and Aging Report.* «Gerontological Society of America». Vol. 9 (4); 1-14.
- NEWHOUSE, J. P., BUNTIN, M. B. i CHAPMAN, J. D. (1997): *Risk adjustment and Medicine: Taking a Closer look.* Health Affairs. Vol. 16 (5): 26-43.
- PALMA, L. i LÓPEZ ÁLVAREZ, M. (1998): *La provisión de recursos de apoyo social en Andalucía.* A GARCÍA, ESPINO, LARA. *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo.* Ed. Díaz de Santos. Madrid.
- PAULY, M. V. *The Rational Nonpurchase of Long-Term Case Insurance.* «Journal of Political Economy». Vol. 98 (1): 153-168.
- PEÑALVER, R. (1998): *Evolución de la Salud y Coordinación Sociosanitaria.* Documentación Social. «Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada». Vol. 112: 86-95.
- PORTELLA, E. i PEIRÓ, S. (1994): *La financiación de las instituciones de cuidados de media y larga estancia: una visión crítica.* «Todo Hospital». Vol. 106: 45-49.

- Programa «Vida Als anys». (1994): *Serveis Sociosanitaris a Catalunya: estratègies, evolució i població atesa (1989-1993)*. Butlletí Epidemiològic de Catalunya. XV; 182-189.
- RIBBE, M. W. (1994): *Background Document on the Netherlands*. WHO/EURO Meeting on continuity of Care of the Elderly (II). Innsbruck/Zirl.
- RODRÍGUEZ, G. (coordinador) (1999): *La protección social de la dependencia*. IMSERSO. Madrid. p. 45-110 (pàg. 74).
- RODRÍGUEZ, G. (coordinador) (1999): *La protección social de la dependencia*. IMSERSO. Madrid. p. 345-544 (pàg. 75).
- ROIGÉ, P., MONTSERRAT, J., GÓMEZ X., et al (1992): *Modelo de comportamiento de los costes del sector de atención a enfermos crónicos*. «Revista de Gerontología». Vol. 2: 18-23.
- SAN JOSÉ, A., JACAS, C., TEIXIDOR, T. et al (1993): *Implantación de una unidad funcional interdisciplinaria de geriatría en un hospital general. Presentación de los primeros pacientes y modelo de intervención*. «Revista de Gerontología». Vol. 3: 12-18.
- SESPAS. Informe Sespas (1995): *La Salud y el Sistema Sanitario en España*.
- SESPAS. Informe Sespas (2000): *La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo*.
- STUART M. i WEIRINCH M. (2001): *Home and Community Based Long Term Care: Lessons From Denmark*. «The Gerontologist». Vol. 41 (4): 474-480.
- TILQUIN, C. (1998): *Effect pervers associé aux modalités d'allocation des ressources aux organisations prenant en charge les personnes dependantes*. EROS. Montreal (pàg. 70).
- TILQUIN, C., SAIZ, E. i CARRILLO E. (1992): *Monitorización de la dependencia y asignación de recursos en residencias y hospitales de crónicos*. «Revista de Gerontología». Vol. 2: 8-17.
- MORAGAS MORAGAS, R. *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder (1999).
- CERVERA ALEMANY, A. M. Barcelona 2000. *Con el siglo por delante* (Editorial). «Revista Española de Geriatría y Gerontología», 2000;35:121-122
- SANJOSÉ, A i VILARDELL, M. (1996): *Unidades funcionales interdisciplinarias de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad*. Medicina Clínica (Barcelona). 106:336.

CAPÍTOL IV

EL DESENVOLUPAMENT DEL SECTOR

Llevat de la preocupació que existeix en el sector de la provisió i en els col·lectius que queden directament afectats...

1. Qualitat

El concepte qualitat fa referència a una varietat d'elements intangibles que, relacionats, donen una aparença o forma concreta a un producte o un servei i que permeten apreciar-la igual, millor o pitjor que a la resta de les de la seva classe.

Quan sorgeix el concepte al voltant dels serveis socials, ens referim habitualment al dèficit existent entre el que avui s'ofereix i les expectatives socials en aquest respecte.

En un entorn de prestació de serveis socials qualsevol, el concepte es refereix al conjunt de característiques, funcions i propietats del servei que determina la capacitat d'aquest per satisfer les necessitats dels usuaris actuals o potencials. Aquesta concepció implica un criteri objectiu i mesurable, a més d'una orientació cap al client.

En el camp dels serveis socials, hi ha un dèficit acusat en la implantació del concepte. Avui en dia, moltes de les accions enfocades a qualitat se centren en la inspecció d'instal·lacions o processos. Molts altres sectors han superat les fases de control estadístic i assegurament de la qualitat per aconseguir el concepte de gestió total de la qualitat («Total Quality Management»).

...el desenvolupament dels temes referents a la qualitat no és del tot satisfactori

Figura 1

Millora continua:

- El personal respon a la diversitat de «back-grounds», cultures i etnicitat dels usuaris, i s'utilitza assessorament per a identificar com s'han d'adaptar els serveis.
- Els serveis reconeixen els drets civils de les persones discapacitades, i compleixen plenament amb els requeriments de la «Disability Discrimination Act» .
- El potencial de diversitat entre el personal és maximitzat.
- Les lliçons –dels errors i els èxits– són difoses, apreses i aplicades.
- La pràctica basada en el coneixement, d'acord amb l'evidència de la recerca, és afavorida i aplicada en la pràctica quotidiana.
- Els codis de conducta del «General Social Care Council», els estàndards mínims de la «National Care Standards Commission» i les recomanacions del «Social Care Institute for Excellence» són implementats.
- La informació procedent d'avaluacions de les pràctiques, les inspeccions i les revisions per parts, és utilitzada per promoure la innovació, l'aprenentatge i el canvi.
- L'organització és, a tots els nivells, clara amb els estàndards i les prioritats i com seran gestionats l'èxit o la fallida.
- Existeixen mecanismes clars per mantenir el personal i altres proveïdors de serveis, actualitzats amb desenvolupaments de les pràctiques, troballes de la recerca i participació activa en xarxes de recerca i aprenentatge.

Font: Department of Health (2000). *A Quality Strategy For Social Care*. London.

Les polítiques socials en general i la prestació de serveis per a gent gran amb dependència en particular, han considerat, tradicionalment, una prioritat aprofundir en el desenvolupament del concepte de qualitat, però s'ha fet amb lentitud.

Al nostre entorn ha estat més habitual posar l'accent en com pal·liar el dèficit de cobertura dels serveis existents i apropar-los a estàndards internacionals.

Desenvolupar el concepte de qualitat en l'atenció requereix que l'usuari i els seus familiars siguin el punt de partida del disseny i l'execució de l'atenció a la dependència.

En aquesta línia, hi ha una varietat de factors que no poden ser obviats en el desenvolupament de serveis:

- Capacitat de decisió sobre el lloc on la mateixa persona vol viure.
- Opinió i veu respecte dels tractaments, la cura i els horaris de les persones que rebin ajuda especialitzada.
- Continuar participant en activitats socials i mantenir el contacte amb els seus familiars.
- Sentir-se segurs en l'entorn que els envolta.

A més d'aquestes premisses bàsiques, tant les persones grans com les seves famílies esperen que els futurs serveis que rebin responguin a alts estàndards i s'apliquin amb responsabilitat i rapidesa sense alterar la seva comoditat personal. Addicionalment, mostren el desig que els serveis siguin coherents amb les necessitats, integrats els uns amb els altres i que puguin respondre a totes les necessitats derivades de la situació de dependència.

La qualitat no és un concepte únic: requereix un enfocament i un abordatge multidimensional

Considerant les premisses a les quals hem fet referència abans, és necessari constatar que la qualitat és un concepte que exigeix un abordatge multidimensional i tenir en compte una varietat de punts de vista i aspectes complementaris. En el cas de les persones amb grans dependències aquest abordatge inclou:

- Entorn físic.
- Pràctica assistencial i provisió de la cura.
- Capacitació del personal que s'encarrega de fer les cures.
- Procediments i guies de cures.
- Historial i antecedents personals de la persona gran i documentació relacionada amb la seva situació individual.
- Menjades i horaris.

Aquestes actuacions orientades cap a la qualitat, necessiten una personalització de l'atenció que permeti que tots els criteris esmentats arribin a cadascuna de les persones grans dependents. El procés d'atenció ha d'incloure, com a mínim:

- Valoració inicial.
- Pla d'atenció personalitzat.
- Accessibilitat als serveis considerats necessaris.
- Promoció de l'autonomia de la persona gran.
- Cura de la nutrició.
- Manteniment de les funcions.
- Neteja personal.
- Companyia.
- Activitats d'oci.
- Relació amb la família.
- Satisfacció de la persona que rep l'atenció.

La formació dels cuidadors és un dels aspectes que més preocupen avui en dia

Figura 2

Exemple d'indicador : Avaluació de les capacitats cognitives

- **Criteri**
Els residents han de tenir feta una avaluació anual de la seva capacitat cognitiva.
- **Justificació**
El seguiment dels residents requereix la valoració de les capacitats cognitives de forma periòdica i sistemàtica per tal d'ajustar els objectius i les activitats del pla d'atenció. És necessari que aquesta valoració es faci amb un instrument validat.
- **Fórmula**
Nombre de residents amb estada superior a un any amb constància a la documentació d'atenció al resident de l'avaluació anual de les capacitats cognitives
$$\frac{\text{Nre. total dels residents amb estada } > 1 \text{ any}}{\text{Nre. total dels residents amb estada } > 1 \text{ any}}$$
- **Definició de termes**
Es valorarà la realització de les avaluacions sobre la base d'una de les escales següents:
MiniMental
Test de Pheipher
- **Fonts de dades**
Documentació d'atenció al resident. Registre de residents amb temps d'estada o data d'ingrés.
- **Tipus**
Procés
- **Estàndard**
70%

Font: ICASS (2001) *Model d'Atenció a les persones grans en residències*. Barcelona.

La principal preocupació de tots els agents involucrats en la provisió de cura és la formació dels cuidadors, molt diferent en general. Per mantenir la motivació del personal i procurar la qualitat de l'atenció, és necessari que els treballadors creguin que la seva feina és important, que els doni benestar econòmic adient i que existeixin vies de progrés dins de la professió. Actualment, aquesta situació no es produeix i és un dels grans obstacles per aconseguir una atenció de qualitat.

Els sistemes d'informació són un factor clau per a millorar els resultats a partir de les diferents iniciatives d'investigació en el camp de la dependència.

En l'actual context, el desenvolupament dels sistemes d'informació és viscut com una disminució dels recursos destinats a la provisió de cures, i això dificulta molt la seva implantació.

A més, la connexió entre diferents centres de cures, permetria fer avaluacions amb una base molt més àmplia i, consegüentment, disposar d'informació més exacta per al disseny de programes en funció de la seva efectivitat.

Actualment, la implantació de criteris de qualitat està trobant moltes barreres

La implantació de criteris de qualitat en l'entorn de l'atenció de la dependència xoca amb barreres importants:

- Complexitat i varietat del tema
- Actitud defensiva del sector de la provisió en crisi permanent
- Força laboral poc professionalitzada, sobretot en els nivells més bàsics de captació

S'ha d'aconseguir que tot el sector de la provisió de serveis consideri una oportunitat d'implementar criteris de qualitat

1. És necessari promoure un abordatge multidimensional de la qualitat, incidint en quatre aspectes: recursos, processos, professionals i usuaris o clients.

En aquest sentit, els principis del model EFQM són uns bons criteris d'aproximació global al concepte de qualitat. Paral·lelament, caldria impulsar l'apropament al sector de la provisió als criteris de «total quality management»:

- Visió de la qualitat com una eina estratègica
- La qualitat com a font d'avantatges competitiu i diferenciació de la resta de proveïdors
- La qualitat com a orientació als clients
- La qualitat com a responsabilitat conjunta de tots els components de l'organització (des de la gerència fins al cuidador d'incorporació més recent)

2. Cal impulsar un sistema periòdic d'avaluació de la qualitat, complementari a la tasca actual d'inspecció de centres i instal·lacions, i que determini plans d'actuacions viables i assumibles per als proveïdors.

Aquesta avaluació periòdica de la qualitat es podria complementar amb l'organització de sistemes de vigilància i control que incloguin usuaris, cuidadors, Administració i entorns sanitaris i socials.

3. Cal valorar els esforços que es fan en el camp de la qualitat de l'atenció i comunicar adequadament a la societat els resultats positius que se n'extreuen.

En els processos assistencials, la preocupació pels drets de les persones ha estat una constant al llarg del temps

2. Bioètica

La relació entre la bioètica i la dependència de les persones grans va molt lligada al respecte dels drets generals dels ciutadans.

En general, ha estat l'entorn sanitari qui ha liderat les manifestacions formals per a la protecció dels drets de les persones en relació amb els processos assistencials.

Els organismes internacionals següents han mostrat la seva preocupació i interès en el tema:

- Des de la declaració de les Nacions Unides (1948): «Declaració universal dels drets humans» fins al document del Consell d'Europa més recent (1997): «Conveni sobre els drets de l'home i la biomedicina», passant pels «Principis de les Nacions Unides sobre les persones grans» elaborats per Nacions Unides l'any 1991 (són documents que relacionen bioètica i tasca assistencial).

L'Organització Mundial de la Salut recomana respecte i atenció a la gent gran:

- Habitatge amb condicions adients
- Assistència geriàtrica
- Metges de família
- Serveis geriàtrics d'alt nivell
- Serveis de geriatria dels hospitals
- Tasques de prevenció, assistència i rehabilitació
- Rehabilitació geriàtrica
- Serveis geriàtrics medicoassistencials
- Sistemes d'avaluació continuada dels serveis

Aquesta preocupació s'ha manifestat tant en l'entorn internacional com en l'estatal, i a Catalunya

- Malalties cròniques
- Serveis de geriatria hospitalària
- Importància de la formació geriàtrica
- Atenció a la vellesa com a tasca de tots
- Importància dels mitjans de comunicació
- Assistència medicosocial de qualitat

El conveni del Consell d'Europa per a la protecció dels drets humans en el camp de la biomedicina (1997) està vigent a Espanya des de l'any 2000.

El document parteix de tres principis bàsics:

- La primacia de l'ésser humà.
- S'adoptaran les mesures necessàries per garantir l'accés equitatiu als serveis.
- Qualsevol intervenció haurà de basar-se en les normes i les obligacions professionals.

Considera tres nivells de protecció:

- Protecció individual o de respecte a l'autonomia
- Protecció social
- Protecció de les generacions futures

També reconeix una sèrie de drets dels pacients.

El mateix organisme ha recollit el 2000, gràcies al seu «Steering Comitee on Bioethics», els drets de les persones amb discapacitat mental. Aquesta iniciativa constitueix un bon marc de referència per a determinats aspectes de la dependència de les persones grans:

- Manteniment de la seva capacitat de decisió, en la mesura que sigui possible.
- Integració de les persones en la comunitat.

- L'aïllament o la restricció de tipus físic s'ha de limitar a aquells casos exclusivament imprescindibles.

La 6a Conferència de Ministres de Salut d'Europa va recollir una sèrie de drets dels pacients que han d'ésser tinguts en compte en l'entorn sociosanitari i en l'atenció a la dependència.

- Els estats tenen la responsabilitat d'establir les prioritats entre els serveis sanitaris i els serveis socials.
- L'autonomia com a factor essencial en la dignitat de les persones.
- Garantir la igualtat d'accés a l'assistència i la cura mèdica.
- Orientar l'atenció de les persones grans cap als serveis domiciliaris.
- Estudiar els problemes ètics, socials, sanitaris i econòmics que afecten la gent gran.

Al mateix temps, una gran varietat de països han recollit en diversos documents, similars a un llibre blanc i de gran importància interna, els drets, les qüestions o els temes importants a prioritzar, per davant de qualsevol orientació economicista, en la prestació de serveis a la gent gran amb dependència.

En aquests documents es parla d'igualtat, dignitat, equitat, intimitat, autonomia, participació, normalitat, respecte, seguretat, integració social, capacitat decisòria, individualitat, pluralisme i justícia.

- En alguns casos s'emfasitza l'articulació dels mecanismes perquè la gent pugui conservar la seva llar.
- També es comenta la necessitat que les persones grans i els familiars disposin d'òrgans assessors que els ajudin a prendre les millors decisions.

Altres aspectes a destacar són:

- Mantenir una vida activa i influir en la societat on viuen.
- Disposar d'accés a serveis especialitzats.
- Viure al seu entorn el màxim de temps possible.
- Tenir accés a una plaça residencial si el nivell de dependència ho requereix.
- El mateix nivell d'assistència mèdica que la resta de la població.

A Espanya, la Llei general de sanitat és el document marc que regula els drets mínims universals en temes d'atenció. A més a més, hi ha altres iniciatives més concretes respecte a les persones grans i la dependència.

L'INSALUD, l'any 1999, va identificar en el seu Programa d'atenció a les persones grans, uns objectius que emfasitzen els drets d'aquest segment de població, tenint en compte els aspectes següents:

- Garantir els drets ciutadans de les persones grans en l'assistència sanitària i la millora de la seva salut.
- Contribuir a la millora de l'atenció de les persones grans, mitjançant mesures adreçades a obtenir una major efectivitat i eficiència de la provisió d'assistència i cura en tots els nivells del sistema i en coordinació amb els serveis socials.
- Promoure la implicació i la participació del personal sanitari en l'establiment de prioritats per a l'atenció de les persones grans i en la coordinació amb els serveis socials.
- Promoure la participació de les organitzacions de la societat civil vinculades amb les persones grans.

Actualment, el «testament vital» català pot considerar-se un text de referència...

- Promoure l'accés a la informació. La identificació dels recursos i la generació de xarxes de suport ha de possibilitar la informació necessària per millorar l'accés a aquests, ja que per a la gent gran la recerca d'informació requereix més esforços.

- Promoure la capacitat d'elecció i de participació.

A escala estatal existeix una proposició de llei per tramitar una llei basada en la llei catalana de «testament vital».

A Navarra, Extremadura i Galícia ja han entrat en vigor, o estan en procés de tramitació, disposicions similars.

L'any 1990, a Catalunya, es promulga una llei orientada cap a l'àmbit sanitari, per tal de promoure els drets dels pacients:

- A la informació
- A la intimitat
- A l'autonomia
- A la dignitat de la persona
- A la llibertat individual

Recentment, i també en l'àmbit sanitari català, s'ha promulgat la Carta dels drets i deures dels ciutadans en relació amb l'assistència sanitària, que podrien ser d'aplicació en l'àmbit dels serveis socials i d'atenció a la dependència de les persones grans:

- Dret a la igualtat i a la no discriminació.
- Dret a exercir de manera voluntària la llibertat de judici i de decisió.
- Dret a la intimitat i a la confidencialitat.
- Drets fonamentals de la persona.
- Dret a la prevenció i a la promoció de la salut.
- Dret a la informació assistencial i a l'accés a la documentació clínica.

...que s'ha pres com a model en altres CA i pot servir de referència en l'àmbit dels serveis socials

- Dret a l'accés a l'atenció sanitària.
- Dret a la informació sobre els serveis de salut i la participació dels usuaris i el dret al funcionament correcte de tot el procés.

Aquesta Carta recull també una sèrie de deures:

- Tenir cura i responsabilitzar-se de la pròpia salut.
- Fer ús correcte de les prestacions que ofereix el sistema.
- Ser solidari amb les necessitats dels altres.

El document que més impacte social i mediàtic ha tingut, relacionat amb la bioètica, és la «Llei sobre els drets d'informació respecte de la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica» (testament vital), que recull la possibilitat d'efectuar una declaració anticipada de la voluntat del pacient, en el cas que es trobi en una situació en què sigui impossible expressar-la.

La complexitat jurídica del tema obliga que l'esmentada llei mantingui totes les cauteles necessàries per tal de no interferir-se en els assumptes de caràcter penal que no són de competència autonòmica.

Les persones grans, encara que no pateixin de dependència, estan en un moment de les seves vides en què sovint senten inseguretat o fragilitat. És, per tant, necessari protegir de manera especial un grup de població que no està a la plenitud de la seva vida. Si a la situació especial de la vellesa hi afegim una situació de dependència, és clar que l'esforç, per tal que aquestes persones gaudeixin de la condició de ser-ho, sigui màxim.

En relació amb la prestació de serveis d'atenció a la dependència, cal partir dels drets garantits

1. Tots els agents que participen en la protecció de la gent gran dependent, impulsats i amb el suport del poder públic, haurien d'arribar a un consens sobre quins aspectes, amb implicacions ètiques, no poden obviar-se i han de prioritzar-se sobre altres.

Aquest consens social hauria de trobar la fórmula jurídica adequada perquè la seva protecció sigui màxima.

2. Caldria desenvolupar un «manifest de les preferències d'opcions de cures» per a la dependència que faci que qualsevol persona o organisme involucrat prioritzi la voluntat manifestada per la persona gran dependent.

Per desenvolupar una mesura amb aquestes característiques, serien necessàries unes actuacions complementàries:

- Activar un mecanisme senzill i fiable perquè les persones grans facin la seva declaració de voluntat.
- Identificar quin document pot fer el «paper» de la història clínica com a arxiu de la voluntat personal. Explorar l'oportunitat d'utilitzar un suport electrònic o, en cas de no haver-n'hi, un registre oficial a escala autonòmica d'obligada consulta per als proveïdors de serveis.
- Avaluar la possibilitat d'oferir part o la totalitat de les ajudes o el finançament públic, en forma de diners, en consonància amb el manteniment de la capacitat de decisió de la persona gran.

Tot l'àmbit de temes relacionats amb el coneixement han tingut un desenvolupament important en el darrer quinquenni a Catalunya

3. La gestió del coneixement

La conformació d'un sector sòlid d'atenció a la gent gran requereix, com a eina de professionalització i consolidació del recurs humà, un desenvolupament important en els àmbits «del coneixement» (formació, informació, investigació, docència, innovació...).

Aquestes eines han experimentat, en els darrers quinze anys, a Catalunya, grans avenços quantitativs i qualitativs.

La formació del sector assistencial sociosanitari ha vist consolidar un important conjunt d'iniciatives des de diferents àmbits:

- L'oferta formadora de les institucions acadèmiques i els centres de formació
- Els plans de formació des de l'Administració i els centres
- La participació i organització a Catalunya d'esdeveniments d'àmbit internacional, alguns de ressò important

En canvi, han evolucionat molt poc els aspectes de formació reglada per obtenir les titulacions del sector, que pràcticament han mantingut el seu estatus d'inici de la dècada dels 80.

La informació disponible sobre la dependència a Catalunya ha millorat, amb algunes aportacions significatives (incorporació dels sistemes d'informació sociosanitaris i de serveis socials, enquesta de salut de Catalunya...).

Tot l'àmbit de temes relacionats amb el coneixement han tingut un desenvolupament important en el darrer quinquenni a Catalunya

Però, el mateix procés d'elaboració de l'actual llibre blanc mostra com encara el nivell de coneixement d'alguns aspectes generals en l'àmbit de Catalunya és insuficient.

- En alguns camps, tot i que el nombre d'estudis actuals comença a ser considerable, és encara insuficient (del tipus dels estudis sobre discapacitats...).
- En altres, l'absència d'estudis o sistemes d'informació sobre aspectes específics és la principal característica (per exemple, no hi ha un registre actualitzat d'organitzacions que proveeixen serveis d'atenció a domicili, ni es coneix la durada mitjana del procés d'atenció a la dependència).

La recerca i el desenvolupament han experimentat també un important salt qualitatiu afavorit per la prioritat donada a l'envelliment en les agendes dels organismes, nacionals i internacionals, finançadors de la recerca. Es constata l'existència d'un cos d'equips de recerca desenvolupats a Catalunya.

Un dèficit important és la dificultat d'harmonització de la informació entre diferents serveis i administracions. Aquesta harmonització és important:

- Per conèixer el nombre total de persones ateses.
- Per fer anàlisis globals sobre les característiques de la dependència dels usuaris.
- Per conèixer la trajectòria de les persones amb dependència a través del sistema català de serveis socials i sanitaris.
- Per agregar la informació existent sobre l'estructura de costos del sector assistencial concertat (i això requeriria acostar les diferències dels sistemes d'informació sanitari i social).

Figura 3

«Fonamental per a tots els possibles canvis discutits en les seccions precedents és un programa progressiu de recerca i desenvolupament, acompanyat amb punts de vista formalitzats de l'avaluació sistemàtica del desenvolupament dels serveis. La majoria dels canvis requereixen un "punt de vista global dels sistemes" en el sentit d'ajudar a desenvolupar millor comprensió de com els diversos elements del sistema de cura s'acoblen i com poden ser desenvolupats. Molta I+D va adreçada a interessos especialitzats i podria tenir un valor molt limitat pel tipus d'assumptes que hem ressaltat en aquest informe.»

Font: BOWEN T, et al. (2000). *Scientific and prospective evaluation of health costs and health needs arising from the ageing of the population*. Final Report of a Study undertaken for Directorate General V of the European Commission. Brussel·les (pàg. 102).

Les administracions públiques han de considerar l'àmbit del coneixement sobre la dependència com un factor col·lateral però clau per a la consolidació del sector

1. El desenvolupament de les iniciatives de formació en el sector ha estat prou ampli per plantejar la necessitat de revisar la reglamentació sobre les titulacions existents i les condicions de formació per a accedir-hi.

Aquesta revisió hauria de considerar fets com el potencial de la formació en contribuir a la integració de les noves incorporacions d'immigrants en un sector amb dificultats per a la captació de recursos humans.

2. Els sistemes d'informació, la recerca, el desenvolupament, la innovació, etc. es beneficiarien de la seva sistematització per una visió de conjunt i l'elaboració d'una política explícita a mitjà termini.

Aquestes polítiques haurien d'evitar promoure els interessos més sobreespecialitzats i afavorir visions integradores de conjunt sobre la dependència i els sistemes assistencials, en especial en quatre àmbits:

- Estudis de política assistencial amb participació dels usuaris i una perspectiva global.
- Estudis longitudinals cobrint tant el desenvolupament dels recursos com els aspectes de població i dependència.
- Avaluació de tecnologia assistencial, en especial pel que fa a l'establiment de prioritats i els canals de transferència de resultats.
- Sistemes d'informació per subministrar mecanismes que compleixin els requeriments d'usuaris, clínics, proveïdors i administracions.

La creació d'un organisme del tipus d'un institut català de gerontologia com a ens de sistematització i desenvolupament de la recerca i el coneixement, contribuiria notablement a un salt qualitatiu en aquests camps.

Referència de figures

1. Department of Health (2000): *A Quality Strategy For Social Care*. Londres.
2. ICASS (2001): *Model d'atenció a les persones grans en residències*. Barcelona.
3. BOWEN, T. et al. (2000): *Scientific and prospective evaluation of health costs and health needs arising from the ageing of the population*. Final Report of a Study undertaken for Directorate General V of the European Commission. Brussel·les (pàg. 102).

Bibliografia

- ARIÑO BLASCO, S. *La tecnología RAI. Herramienta para gestión de calidad total en atención sociosanitaria*. «Revista Española de Geriátría y Gerontología». 2001; 36:135-139
- BOWEN, T. et al. (2000): *Scientific and prospective evaluation of health costs and health needs arising from the ageing of the population*. Final Report of a Study undertaken for Directorate General V of the European Commission. Brussel·les (pàg. 102).
- BRADLEY, E. H., BOGARDUS, S. T., VAN DOORN, C., et al. (2000): *Goals in Geriatric Assessment: Are We Measuring the Right Outcomes?* «The Gerontologist». The Gerontological Society of America. Vol. 40(2): 191-196.
- BROGGI, M. A., BUSQUETS, J. M., FRANCINO, F. X. et al. (2001): *Consideracions sobre el document de voluntats anticipades. Llei sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica*. Comitè de Bioètica de Catalunya. Barcelona.
- Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya. Núm. 134. 28 de desembre 2000.
- CHOU, S. C., BOLDY, D., LEE A., GRENADE, L. (1999): *Factors influencing resident's satisfaction in residential aged care facilities*. Systed.
- Codi civil espanyol (<http://civil.udg.es>).
- Consell d'Europa (1961): *Carta Social Europea*.
- Consell d'Europa (2000): Steering Committee on Bioethics (CDBI). Strasbourg.
- Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina*. Oviedo 4 Abril 1997. (BOE 20 d'octubre de 1999)
- Departament de Benestar Social (1999): *Àrea de serveis: centres de dia de gent gran*. Barcelona.
- Departament de Sanitat de Catalunya (2001): *Carta de drets i deures dels ciutadans, en relació amb la salut i l'atenció sanitària*. Barcelona.
- Department of Health (1998): *Modernising Social Services (white paper)*. London.
- Department of Health (2000): *A Quality Strategy For Social Care*. London.
- Department of Health, London (1998): *Las residencias son para vivir*. Diputación Foral de Alava. Vitoria.
- FARRELL, C., ROBINSON, J., FLETCHER, P. (1999): *A New Era for Community Care? What people want from health, housing and social care services*. Kings Fund. London.
- FONTANALS, M. D. i SUÑOL, R. (2000): *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores*. Editorial Herder. Barcelona.

Cap. IV

Bibliografia

- FONTANALS, M. D. i SUÑOL, R. (2000): *Documentación Clínicoasistencial para centros asistidos y sociosanitarios*. Editorial Herder. Barcelona.
- INSALUD (1999): *Programa de atención a las personas mayores*. Madrid.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil (BOE 8 de enero de 2000).
- Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya (DOGC núm. 1324, 30 de juliol de 1990).
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i documentació clínica (DOGC núm. 3303, 11 de gener de 2001).
- Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de família (DOGC núm. 2687, 30 de juliol de 1998).
- LOTHIAN, K. i PHILIP, I. (2001): *Maintaining the Dignity and Autonomy of older People in the Health Care Setting*. BMJ. Vol. 322: 668-670.
- MITCHELL, J. M. i KEMP, B. J. (2000): *Quality of life in assisted living homes: A Multidimensional Analysis*. «Journals of Gerontology» Series B. núm. 55: 117-127.
- MUÑOZ, J. i ARGEMÍ, M. (2000): *Las personas mayores y sus derechos*. Barcelona.
- Nacions Unides (<http://un.org>), (<http://www.onu.org>).
- The Social Care Institute for Excellence (<http://www.doh.gov.uk/scie>).
- TILQUIN, C. (1998): *Effect pervers associé aux modalités d'allocation des ressources aux organisations prenant en charge les personnes dépendantes*. EROS. Montreal.

SÍNTESEI DE RECOMANACIONS

1

Diversificar l'atenció a «les dependències»

Recomanem tractar, en el disseny dels programes i serveis dirigits als subgrups que formen el conjunt de la gent gran, les diferents necessitats, situacions i expectatives, de forma diferenciada.

- A Catalunya, al voltant d'un 13% de les persones grans pateixen d'un grau de dependència sever o greu. Aquest nombre inclou grans diferències quant a edat (el terme «gent gran» engloba, a la pràctica, de dues a tres generacions diferents), tipus de deficiència (de mobilitat, cognitiva, sensorial...), intensitat de la dependència, entorn social, etc.
- Això configura un món de persones que en cap sentit poden ser considerades com un conjunt homogeni.

Des de l'Administració s'hauria d'impulsar, per tant, un ventall de polítiques específiques i el desenvolupament d'un conjunt de recursos adaptats per atendre les diferents tipologies de persones que configuren la constel·lació de les dependències.

2

Prevenir la dependència des de les edats joves

Recomanem que, des de les edats joves i adultes, s'incrementin els esforços en la prevenció de la dependència. Les xarxes sanitària i social haurien de liderar els esforços per a la promoció, en la societat, dels estils de vida saludables i el control dels factors de risc més importants. Només així es farà realitat el concepte d'«afegir vida als anys».

- Diferents estudis sobre el fenomen anomenat de la «compressió de la morbiditat» mostren com la prevalença de la dependència decreix entre el 0,75% i l'1,3% a l'any en alguns països, mentre que en d'altres, aquest efecte pràcticament no es percep. Aquesta reducció va directament lligada amb el canvi en els hàbits i el control dels factors de risc en les edats mitjanes de la vida.

- S'ha estimat que la diferència de costos entre un escenari sense disminució de la dependència i un altre amb una disminució de l'1,3% anual, representaria, a Espanya, 300.000 milions de pessetes (més de 1.800 milions d'€) a l'any 2026.

- Aquestes dades ens porten a evitar el «catastrofisme» amb què es tracta, habitualment, el tema de l'envelliment. Hi ha evidència que avui en dia podem intervenir per tal que l'envelliment demogràfic no suposi una amenaça al nostre estat del benestar.

La prevenció primària que recomanem constitueix, doncs, una responsabilitat:

- En primer lloc, del sistema de salut, que té unes responsabilitats clarament definides sobre el control de factors de risc, i en especial per a tot allò referent a la Xarxa d'Atenció Primària de Salut.

- En segon lloc, de les institucions públiques, les empreses, els mitjans de comunicació, etc. que han d'incorporar el foment dels hàbits saludables en aquells programes que els pertoca.

- Per últim, dels ciutadans, que poden fer seu el concepte d'«estalviar/invertir en salut» (fent un paral·lelisme de l'estalvi econòmic), per a guanyar-se un futur individual com a persones grans actives.

3

Orientar els serveis a les preferències de l'usuari

Recomanem que el creixement de l'oferta de serveis d'atenció a la dependència es faci seguint les preferències i expectatives de la gent gran. Això principalment significa:

- Més del 80% de les persones grans opten per mantenir-se en el seu entorn quan necessiten atenció a la seva dependència.
- Per a mantenir l'eficàcia del suport que reben les persones dependents de la comunitat, s'haurien d'incrementar els recursos i els programes destinats específicament al manteniment de la persona amb dependència en el seu entorn.
- Per a maximitzar les oportunitats de manteniment en el domicili, els actuals serveis d'ajut a domicili públics haurien d'incrementar-se significativament en cobertura, en intensitat i en tipus de servei.
- Per a incrementar la creativitat i la innovació en el desenvolupament de serveis, el disseny d'aquests hauria d'intentar incorporar les aportacions de flexibilitat que provenen, en molts casos, del sector no lucratiu, el voluntariat i la mateixa societat.
- Per a afavorir la millor adequació i l'equitat en la utilització dels recursos, s'hauria d'incrementar el volum i la qualitat de la informació que reben tant els usuaris com els mateixos professionals, sobre l'oferta de serveis i activitats de voluntariat per atendre la dependència.

4

Reconèixer el dret a l'atenció a la dependència

Recomanem que l'atenció a la dependència sigui reconeguda com un dret bàsic de ciutadania.

- Caldria elaborar una definició operativa (mesurable i verificable) de la dependència, orientada a facilitar el reconeixement en la pràctica dels drets a l'atenció.
- Com a tal, l'Administració hauria de crear els mecanismes i la infraestructura necessaris per a garantir un nivell mínim d'atenció bàsica disponible per a tots els ciutadans.
- El nivell mínim de prestacions amb cobertura pública hauria de ser determinat segons la seva viabilitat actual i futura.
- L'accés a les prestacions bàsiques mínimes hauria d'estar basat en el reconeixement de la situació de dependència, no en la capacitat econòmica del ciutadà.

5

Finançar l'atenció a les dependències en un model mixt

Recomanem que, amb l'objectiu de poder atendre totes les persones dependents, el Govern de la Generalitat creï mitjans que facilitin l'accés a aquesta atenció, combinant el finançament públic amb el privat.

- El nivell mínim d'atenció garantit, i finançat públicament, hauria de servir com a estímul per a la consolidació i el desenvolupament del sector.
- La resta de serveis per a l'atenció de la dependència, haurien d'estar disponibles per a tots els ciutadans i haurien de ser finançats totalment o parcialment mitjançant un sistema de copagament progressiu, segons la situació socioeconòmica de l'usuari.
- L'Administració hauria de fomentar instruments de finançament privat complementaris al nivell mínim. Aquests instruments podrien ser del tipus de l'assegurament de la dependència (assegurar el copagament no cobert amb finançament públic) o d'altres. Això afavoriria que els ciutadans que puguin o desitgin comptar amb garanties extres respecte de la seva atenció, puguin fer-ho.
- El finançament públic de l'atenció a la dependència s'hauria de canalitzar al màxim mitjançant l'usuari com a «comprador» directe dels serveis. Això tindria com a finalitat afavorir que el conjunt de serveis s'organitzi al voltant de l'usuari.
- El conjunt del finançament, públic i privat, hauria d'assolir un volum suficient per a garantir el desenvolupament del sector amb un nivell de qualitat adient.

6

Un model assistencial basat en l'usuari

Recomanem que, per al desenvolupament dels serveis, l'Administració elabori un nou model assistencial, orientat a assolir la integració real de tots els serveis al voltant de les necessitats i les preferències de l'usuari.

- La distribució de la responsabilitat sobre els serveis (entre sanitat i serveis socials, entre administracions autonòmiques i locals) dificulta la realització de polítiques integrades al voltant de les necessitats dels usuaris.
- Cal tenir present que les grans reformes dels sistemes socials i sanitaris europeus de la darrera dècada, han tingut com a argument legitimador l'«empowerment» (donar poder) a l'usuari.
- S'hauria de definir un model d'atenció molt flexible que s'adapti a les necessitats de la persona i del seu entorn i subministri una combinació molt variada de serveis i recursos.
- Aquesta flexibilitat és especialment necessària per a garantir els serveis en aquells territoris de baixa densitat de població. És necessari que es defineixi un model d'atenció específic per afrontar l'envelliment en aquests territoris amb especials dificultats per a disposar de recursos.
- Per abordar aquestes reformes, caldria emparar-se en l'àmplia experiència prèvia de desenvolupament innovador de models assistencials.

7

Integrar l'atenció a la dependència en un únic programa

Recomanem que es constitueixi un únic organisme que integri l'atenció a la dependència a Catalunya. Les seves principals funcions haurien de ser:

- En primer lloc, coordinar la planificació i l'avaluació de les polítiques, els serveis i les intervencions fetes per les administracions.
- En segon lloc, dirigir el finançament de la dependència cap a l'assoliment d'un model integrat d'atenció basat en les necessitats del ciutadà.

Aquest rol implicaria el seu funcionament com a «agència» de compra de serveis.

Aquest organisme hauria d'integrar un ampli ventall de sectors (sanitat, serveis socials...) i administracions (autonòmica, local...). Considerem adient que en la seva configuració estiguin representades la pluralitat de les administracions implicades.

8

Valorar el recurs humà

Recomanem que es fomenti la capacitació i professionalització de tots els treballadors involucrats en l'atenció a la gent gran amb dependència.

- És necessari que hi hagi formació adient i reglada per a tots els nivells de capacitació professional, inclosos els més bàsics.
- Només unes titulacions reglades i integrades en el marc de la formació professional poden garantir que es valori socialment la tasca d'aquests treballadors. Aquestes mesures afavoririen que els proveïdors puguin seleccionar el seu personal amb més facilitat i que l'atenció de les persones dependents tingui una major qualitat.
- L'acreditació professional permetria que es reconeguessin més fàcilment els drets dels treballadors, incloent-hi els relatius al nivell retributiu, i afavoriria la regulació d'un sector que, a vegades, es desenvolupa com a «economia submergida».

9

Donar suport a l'adaptació dels proveïdors de serveis

Recomanem que s'impulsin polítiques d'ajuda i suport a la transformació del sector de serveis en l'àmbit de l'atenció a les persones amb dependències, per tal d'adaptar-lo a les noves necessitats. Aquestes ajudes haurien de permetre:

- La transformació de les residències en plataformes de serveis integrats. Les residències haurien de convertir-se de mica en mica en el centre d'operacions d'un servei integrat en què l'atenció d'institucionalització sigui un element més d'una àmplia cartera de serveis amb capacitat d'atendre la dependència d'una manera global.

- La creació de xarxes de serveis entre diferents proveïdors, per a compartir serveis especialitzats. S'haurien de promoure i incentivar mecanismes perquè els petits proveïdors comparteixin el personal i els serveis especialitzats de més cost.

- La creació de serveis especialitzats per atendre perfils i necessitats específiques. S'haurien de reconèixer, expressament, les especificitats de les diferents etapes de la dependència i les necessitats associades als esmentats estats. Se citen, a títol d'exemples característics:

- L'atenció a les demències en què les característiques específiques dels afectats i l'impacte sobre el seu entorn familiar, determinen serveis especialitzats per a la seva atenció.

- El període més proper a la mort, comunament referit en la literatura especialitzada com «end of life» (final de la vida), en què les necessitats respecte de la coordinació professional i la integració de serveis es presenten amb més intensitat.

- L'increment dels esforços per a la millora de la qualitat dels serveis, entesa aquesta com un concepte global.

- La valoració del capital humà del sector, consolidant i desenvolupant polítiques de professionalització. Aquesta línia té com a objectiu consolidar la imatge del sector entre els ciutadans i els professionals.

10

Invertir en la «gestió del coneixement»

Recomanem que s'inverteixi en la gestió del coneixement i en sistemes d'informació. Això hauria de fer-se en dues línies:

- Incrementar el coneixement del sector i la informació específica sobre l'entorn català, amb actualització permanent.
- Posar a l'abast dels professionals la informació necessària per a la millora contínua de la seva pràctica professional.

Aquesta recomanació s'hauria de fer operativa mitjançant mecanismes que recullin, centralitzin i difonguin el coneixement generat per un sector tan dinàmic.

- Avui en dia, és necessari superar el concepte clàssic d'«observatori», que s'associa a la creació d'estructura i a una certa burocratització.
- La gestió del coneixement fa necessària la creació d'un mecanisme àgil perquè, en forma de xarxa o grup de treball virtual, gestioni tota la informació generada pels professionals i serveixi per a fomentar les inquietuds de la resta i millori les pràctiques del sector.

