



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

Debats

Catalunya Social

Propostes des
del Tercer Sector

núm. 43

Maig de 2015

**Cap a una atenció
integrada social i sanitària.**

Per un nou model
centrat en les persones.



Cap a una atenció integrada social i sanitària. *Per un nou model centrat en les persones.*

RAMON CANAL I TONI VILÀ, investigadors de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques de la Universitat Autònoma de Barcelona

Amb la col·laboració de: **Maite Vilalta** (UB), **Paula Salinas** (UAB) i **Joan Subirats** (IGOP-UAB); les persones següents del grup de treball socio-sanitari de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya: **Lluís Viguera** (DINCAT), **Pilar Rodríguez** (FOCAGG), **Enric Arqués** (Fòrum Salut Mental), **Assumpció Ros** (FEATE), **Anna Pérez** (Sant Joan de Déu), **Susanna Roig** (Creu Roja), **Antoni Serratosa** i **Lara Bogni** (FCVS), **Clara Rosàs** (FECEC), **Felisa Pérez** (FCD) i **Mònica Carrilero** (COCARMI); i **Toni Codina** i **Lluís Toledano** de l'equip tècnic de la Taula del Tercer Sector Social.

Índex de continguts

■ Introducció	3
■ 1. Marc conceptual: què entenem per atenció centrada en les persones? .4	
■ 2. Definició del problema: la importància i la dificultat d'integrar els serveis sanitaris amb els serveis socials.....6	
■ 3. El context de la política d'atenció a la dependència a Europa i Espanya: drets, austeritat i reestructuració dels serveis públics	8
■ 4. Anàlisi de casos significatius a Escòcia i el País Basc.....	14
■ 5. Antecedents i algunes referències a la situació actual a Catalunya.....	36
■ 6. Perquè ara és el moment de fer-ho.....	39
■ 7. Propostes per a la definició d'un model català de serveis d'atenció de continuïtat	42
■ 8. Bibliografia	50

Introducció

L'evolució demogràfica i social dels països d'economia avançada, i particularment els d'Europa, fa que les situacions personals de dependència, cronicitat i discapacitat siguin cada vegada més freqüents i més complexes. Les persones que es troben en aitals situacions, bé sigui per una discapacitat de naixement o sobrevinguda, o bé per la seva avançada edat, necessiten ajuda per poder dur a terme una vida digna i autònoma. Parlem de suports que poden ser de molts tipus –des de la supervisió mèdica a un simple acompanyament-, i d'intensitats diverses –un cop a la setmana o 24 hores al dia-, però que tenen en comú el fet de ser requerits de forma continuada, durant alguns dies, o setmanes, o mesos, o fins i tot permanentment. Parlem, doncs, de la cura de persones adultes, d'allò que, quan es presta de forma professional hem convingut a anomenar "serveis personals"; d'una activitat que demana, a qui la fa, temps, esforç i destresa, i que genera uns costos que molts pocs països han fet el pas d'assumir i integrar completament en el seu compte econòmic nacional.

No és, malauradament, el cas de Catalunya. O no ho és encara. Sabem que el país envelleix ràpidament, que les famílies són més petites i més fràgils que fa una generació, i que les pressions de la vida laboral –que poden afectar homes i dones per igual- fan molt difícil l'atenció continuada a familiars o amics. També sabem que la recent crisi, llarga i profunda, ha ampliat i fet molt més complex el fenomen del risc d'exclusió social¹. Indubtablement, s'han fet passes per abordar el problema. Però tímides, poc estructurades i clarament insufi-

¹ En el sentit que és més heterogeni, que afecta més dimensions de la vida de les persones i que en molts casos es troba en fase de cronificació.

cients. Se'ns diu que és una qüestió de diners, que això no es pot pagar. Certament, però és tan sols això? De recursos, la societat catalana en té molts; disposa de capital físic, monetari, cultural i relacional en abundor, en mans públiques o en mans privades. Potser es tracta, també, de repensar la manera en com els posem en valor per al bé comú, com els distribuïm per cobrir les diverses necessitats i com els utilitzem de la manera més efectiva i eficient. Al capdavant es tracta de prestar uns serveis que són essencials per a la vida de moltes persones i que gairebé tots acabarem necessitant en un moment o altre.

L'objectiu d'aquesta publicació és posar negre sobre blanc el posicionament del tercer sector social de Catalunya en aquest debat. Per raons d'especialització i d'economia d'espai posarem l'èmfasi en la pota feble del sistema públic d'atenció continuada, és a dir, en els serveis socials. Sense oblidar en cap moment, però, el necessari i desitjat vincle amb els serveis sanitaris i, en segon terme, amb totes aquelles polítiques que tenen un impacte significatiu sobre el benestar de les persones. I ho farem, també, a partir d'una visió panoràmica i comparada, perquè aquest és un treball que, poc o molt, s'està duent a terme a tota Europa. La disponibilitat d'altres experiències i l'aprenentatge que se'n pot derivar, és un altre recurs que tenim a l'abast i que aquí hem volgut aprofitar.

El text s'estructura en cinc apartats. Els dos primers tenen per finalitat situar el problema a nivell teòric i, somerament, en el context específic de Catalunya. Tot seguit l'emmarquem en els dos entorns geogràfics i institucionals que condicionen el sistema català: la Unió Europea i Espanya. En un quart apartat exposem breument els casos escocès i basc, centrant-nos en les experiències que poden tenir més interès per a l'abordatge del problema plantejat. La publicació es tanca amb la formulació d'un conjunt de propostes per a la definició d'un nou model català de serveis d'atenció de continuïtat, precedida d'una argumentació de la necessitat de no ajornar més el pas a l'acció.

1. Marc conceptual: Què entenem per atenció centrada en les persones?

El model d'atenció centrada en la persona² es fonamenta en la dignitat, la capacitat i l'autonomia de la persona. En poc temps s'ha estès con-

2 La formulació del model és relativament nova. S'atribueix a Carl R. Rogers (1902-1989), que el va aplicar inicialment a la intervenció terapèutica, després a l'educació i, mes tard a tota relació interpersonal i social.

siderablement, tant a nivell geogràfic, a diferents països, com sectorial, als àmbits de l'educació, la salut o la planificació. Ha estat definida com aquella atenció "que promou les condicions necessàries per a la consecució de millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i el benestar de la persona, partint del respecte ple a la seva dignitat i drets, dels seus interessos i preferències i comptant amb la seva participació activa" (Rodríguez, 2013). Ho podríem traduir com cercar el màxim benefici terapèutic per a la persona atesa, combinat amb la màxima independència i control possible sobre la pròpia vida quotidiana. En el model tradicional, centrat en el serveis, la persona té un paper essencialment passiu, perquè se situa com a mer receptor d'atencions, sent els professionals, des del seu rol d'experts, els que prescriuen el què és més adequat a les seves necessitats (Sancho y Díaz, 2014:6-7). En el nou model, en canvi, l'èmfasi es trasllada de la prestació de serveis a la prestació de suports, cosa que facilita el disseny de respostes més flexibles i adequades a les necessitats, diverses i canviants, de les persones. També ajuda a no perdre mai de vista els objectius de tot plegat, dificultant així la tendència a la confusió entre finalitats i mitjans que tan sovint acaba generant la prestació de serveis a les persones a gran escala.

En la seva aplicació, el model d'atenció centrat en la persona és integral, personalitzat i adopta una visió transversal entre els diversos àmbits que l'afecten de forma rellevant. Implica elements com la promoció de la independència, la creació d'entorns físics i socials facilitadors, la protecció i garantia de la intimitat i privacitat, la protecció de la pròpia identitat i la cura de la imatge personal (Martínez, 2014). Per a cada persona beneficiària s'elabora un pla d'atenció i vida, concebut com un instrument d'acció dialogada entre la persona usuària, la família, els professionals dels diversos serveis i, si escau, els grups de suport i consens.

Des de fa uns deu anys es constata la incorporació progressiva d'aquestes idees en textos legislatius, a tots els nivells³. En l'àmbit legal això es concreta, especialment, en el reconeixement del dret de les persones, sigui quina sigui la seva edat i condició, a exercir la seva autonomia per decidir com volen ser ateses. Tot i que es tracta d'un dret d'exercici complex, especialment per als col·lectius de persones

³ A nivell Internacional, la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (2006), a nivell estatal la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència d'Espanya (LAPAD), a nivell nacional la Llei 12/2007, d'11 d'octubre de Serveis Socials de Catalunya.

amb dèficits cognitius, tant des de Nacions Unides com des del Consell d'Europa se'n reclama un compliment estricte.

2. Definició del problema: la importància i la dificultat d'integrar els serveis sanitaris amb els serveis socials

Les polítiques i els sistemes de prestació dels serveis sanitaris i socials actualment disponibles al nostre país, tot i que representen un gran avenç respecte a allò que van tenir en el seu moment les generacions dels nostres avis o pares, presenten disfuncions que generen costos innecessaris i bloquegen els avenços cap a una atenció de qualitat i veritablement centrada en les persones. Ens referim a coses com la prioritització de les estructures d'atenció per sobre de les persones ateses, la fragmentació i manca de continuïtat de l'atenció, la insuficient coordinació i col·laboració entre els actors implicats, així com, finalment, la incapacitat manifesta de dotar aquestes polítiques dels recursos necessaris per afrontar les necessitats reals de la població.

Un element subjacent a pràcticament tots aquests problemes és la inexistència d'una integració efectiva entre les dues grans dimensions de l'assistència, la sanitària i la social. Certament tenim constància, també a Catalunya, d'experiències concretes de gestió conjunta de programes i de determinades prestacions des dels dos sistemes, però en general les estructures no són adequades per a la implementació del model d'atenció centrada en la persona, que requereix prestacions molt amples i flexibles.

És un fenomen que té més d'una causa, des de les diferents cultures professionals a les diferents percepcions socials sobre els destinataris dels serveis. Hi ha un fet, però, que resulta evident a qualsevol usuari del sistema, i és el fet que, malgrat que es parli en abstracte del dret de les persones a obtenir atencions (sanitàries i/o socials) del sistema públic quan objectivament ho necessitin, a la pràctica, en la legislació i les polítiques concretes, trobem una forta asimetria entre els drets i deures dels usuaris del sistema sanitari i els dels usuaris del sistema de serveis socials. Així, mentre l'assistència sanitària està garantida per llei, tot i les cues i les llistes d'espera, els serveis socials són majoritàriament definits com de concurrència, és a dir, que la seva efectivitat depèn en darrera instància de la disponibilitat pressupostària, encara que les lleis de serveis socials de nova generació, com la catalana de 2007, incorporin la garantia de determinats drets. D'altra banda,

mentre l'assistència sanitària és majoritàriament gratuïta (amb excepcions, com els productes farmacèutics), els serveis socials estan majoritàriament condicionats a co-pagaments per part dels usuaris.

Si aquesta configuració dual i desigual es manté, és perquè gaudeix de certa acceptació en el conjunt de la societat catalana. En general, hom considera que garantir l'atenció sanitària de qualsevol persona que pateixi una malaltia és una prioritat social absoluta i innegociable. En canvi, el nivell d'acord és menor quan parlem de suport no mèdic, encara que les persones afectades es trobin en situacions de gran precarietat. No resulta fàcil qüestionar aquest *statu quo*, menys encara si tenim en compte el potentíssim entramat d'interessos econòmics i corporatius implicats en la materialització del dret a l'atenció sanitària.

I tanmateix cal fer-ho, perquè ja hem vist que cal considerar la persona amb necessitats d'atenció com una unitat, i pot servir de ben poc que rebi una intervenció mèdica amb tecnologia puntera i d'alt cost si, ni abans ni després, el sistema no és capaç de donar-li el suport que requereix per mantenir una vida autònoma i amb nivells de risc assumibles⁴. Quan això passa, no només pateix la dignitat de la persona, sinó també la seva salut, amb la qual cosa els costos humans i econòmics del sistema es disparen innecessàriament. Aquest fet esdevé encara més punyent quan hom té en compte que sovint la frontera entre les necessitats socials i sanitàries, així com la dels àmbits des dels quals és millor satisfer-les, és difícil de delimitar⁵.

I més enllà del que pot passar cas per cas, en l'expressió *micro* del problema, cal entendre que, a mesura que les societats envelleixen i incrementen el seu benestar material, les patologies cròniques esdevenen molt més freqüents que les agudes. Aquesta és una realitat que avui dia ja s'ha fet molt evident: en l'actualitat més del 75% de la nostra població adulta és malalt crònic, i també tres quarts de les persones moren per una progressió d'una o diverses malalties cròniques. De fet, s'ha establert el que podríem denominar la "llei dels tres quarts", amb

4 Un exemple paradigmàtic d'això seria el d'una persona d'edat molt avançada que es trenca el maluc durant una sortida sense acompanyament, ingressa a l'hospital d'aguts, on se li implanta una pròtesi d'altíssim cost, i tot seguit se li dóna l'alta, sense posar a la seva disposició el suport que necessitarà, si més no durant els primers dies, per dur a terme la cura personal i de la llar. La conseqüència lògica d'aquesta falta de suport pot ser un nou i sobtat deteriorament de la salut de la persona, amb la conseqüència d'un nou, dolorós i costós ingrés en el circuit de l'atenció sanitària.

5 A Catalunya, per exemple, s'ha detectat que "les condicions socials són presents en el 70% de les persones amb complexitat clínica" (PIAISS, Generalitat de Catalunya).

la qual s'explicarien gran part de les magnituds rellevants del nostre sistema sanitari com a conseqüència de l'impacte de les malalties cròniques (ingressos, consultes, farmàcia, mortalitat, etc.)⁶. Aquest fenomen és motiu suficient per a un canvi estructural en el sistema, ja que l'atenció als malalts crònics demana una combinació de recursos sanitaris, socio-sanitaris i socials, adequada a cada cas i perllongada en el temps.

El debat polític de fons és si l'Estat ha de situar el dret a l'assistència social al mateix nivell que té actualment el dret a l'assistència sanitària. És a dir, com un dret fort, de caràcter subjectiu i universal (per bé que pugui ser relativitzat en determinats casos, mitjançant una extensió de la responsabilitat cap a les pròpies persones afectades, les seves famílies i les seves comunitats). Si estem d'acord amb això, aleshores urgeix pensar i proposar mesures que, superant les inèrcies, els interessos i les compartimentacions actuals, permetin augmentar la dotació global de recursos per als serveis públics d'atenció sanitària i social, reequilibrar internament la seva distribució i millorar significativament els mecanismes de coordinació dels dos sistemes, arribant fins a la integració en cas que es consideri necessari per assolir l'objectiu final.

3. El context de la política d'atenció a la dependència a Europa i Espanya: drets, austeritat i reestructuració dels serveis públics

És ben sabut que la Unió Europea constitueix la regió del Món amb els nivells més elevats de despesa social per càpita; tant en termes absoluts com, sobretot, si ho mesurem en relació amb el pes de la seva economia. El reconeixement de drets socials als ciutadans i les ciutadanes d'Europa ha estat desigual però clarament progressiu, en paral·lel amb la consolidació de la democràcia. El més tardà d'aquests drets ha estat, precisament, el de rebre suport de l'Estat en el cas de patir situacions que requereixen cures de llarga durada. Espanya el va reconèixer l'any 2006, mitjançant la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència d'Espanya (LAPAD)⁷, popular-

⁶ Font: PIAISS, Generalitat de Catalunya.

⁷ Les lleis autonòmiques de serveis socials aprovades després de la LAPAD, com la de Catalunya de 2007, també van establir la responsabilitat pública en aquest àmbit.

ment coneguda com la "lleï de dependència", tot i que va fer-ho sobre unes bases que ben aviat es revelarien com normativament dubtoses i finançerament fràgils.

Perquè la Unió Europea també és la regió més envellida del món, i bona part dels Estats que en formen part, inclòs Espanya, pateixen forts desequilibris en els seus comptes públics. Per això, des dels anys 80-90 del segle XX els avenços jurídics i les evidències científiques sobre l'eficàcia dels diversos models d'atenció, han anat topat repetidament amb realitats econòmiques i prioritats polítiques que posen límits a l'increment de la despesa, tant en l'àmbit sanitari com, sobretot, en el social. Lògicament aquest problema s'ha agreujat arrel de la crisi econòmica que esclata l'any 2008 i de les subsegüents polítiques d'austeritat aprovades tant per les institucions europees com pels governs dels Estats. En el cas d'Espanya les retallades en matèria de sanitat han estat prou significatives, i encara més ho ha estat, en termes relatius, les que afecten els serveis socials.

Pel que fa a la distribució de les responsabilitats públiques en matèria de salut i d'assistència social, venim d'una llarga onada de canvi en la qual s'han anat traslladant competències des dels governs centrals als governs regionals i locals, si bé no sempre –i menys encara en temps d'austeritat– acompanyades dels recursos pertinents. Amb tot, la distribució entre els diferents nivells (central, regional i local) varia notablement segons la configuració territorial i la cultura política de cada Estat. En general la descentralització ha implicat també la transferència de recursos des de l'atenció especialitzada a l'atenció primària, cosa que s'associa amb increments en l'eficiència i l'eficàcia del conjunt del sistema. Idealment, des del nivell central s'han de garantir les prestacions mínimes, vetllar per l'equilibri territorial i afavorir formes organitzatives que potenciïn la coordinació i la col·laboració. Mentre que des dels nivells subcentrals s'ha d'organitzar el sistema de provisió dels serveis. La descentralització implica la creació de noves formes de governança multinivell, que articulïn els diferents nivells de govern, i que d'alguna manera gestionin els inevitables conflictes competencials i financers. En alguns casos es creen òrgans de coordinació territorials o sectorials específics.

A Espanya, la Constitució de 1978 i els Estatuts d'Autonomia atribueixen a les comunitats autònomes el gruix de les competències, tant en sanitat com en serveis socials, però l'Estat central s reserva el disseny de les bases del sistema sanitari, i els ajuntaments intervenen

en l'execució d'alguns dels programes i serveis⁸. Tot i aplegar els dos àmbits competencials, però, els governs autonòmics no han aconseguit grans avenços en el treball conjunt. El Govern Central va voler regular l'encaix entre els dos sistemes, a través de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut. Aquesta llei preveia generalitzar la prestació de serveis socio-sanitaris, però no es va arribar a concretar una cartera de serveis comuns a totes les comunitats autònomes. Els serveis socials autonòmics han introduït serveis propis en aquest àmbit, com els centres per als períodes de convalescència o rehabilitació, ben valorats però encara insuficients. La LAPAD, malgrat ser una llei bàsicament de serveis socials, va ser promoguda pel Govern Central i aprovada per les Corts Espanyoles, amb la mateixa finalitat cohesionadora/homogeneitzadora que la Llei 16/2003. Encara que es van emetre dictàmens que en qüestionaven la constitucionalitat, finalment no va ser impugnada. Per tant, és vigent a tota Espanya, tot i que la seva aplicació mostra diferències importants. En el cas concret de la LAPAD, es preveuen tres nivells d'intervenció, el primer a càrrec de l'AGE, l'anomenada protecció mínima garantida, el segon compartit entre AGE i comunitats autònomes, la protecció acordada, i el darrer establert per les pròpies comunitats autònomes, la protecció addicional. En canvi, no concreta les responsabilitats locals, que deixa en mans de la normativa aprovada per cada comunitat autònoma.

A partir de l'adopció de les polítiques d'austeritat els Estats europeus han sentit la pressió per treure's de sobre la responsabilitat última sobre la provisió de la cura, però ja no tant cap avall –als altres nivells de l'administració–, sinó cap enfora, cap a la societat. Cada vegada s'ha exigint més implicació en la prestació i finançament dels serveis a les persones beneficiàries i a les seves famílies, de tal manera que, més que proveir serveis propis, els Estats es centren sobretot en establir i finançar determinats recursos (econòmics, formatius, etc.) que capacitin i ajudin a persones i famílies a posar en marxa els

8 La reforma del règim local imposada per la Llei 27/2013, de Racionalització i Sostenibilitat de l'Administració Local, modifica substancialment el rol dels ajuntaments en aquests àmbits, reduint substancialment les seves competències. Una altra qüestió a considerar és que la llei incorpora l'objectiu de limitar les intervencions administratives i afavorir les iniciatives privades. Val a dir que aquesta llei ha estat massivament impugnada al Tribunal Constitucional, perquè es considera un atac tant contra l'autonomia local com contra l'autonomia de les comunitats autònomes (molts dels estatuts d'autonomia vigents atorguen als ens locals més competències que les que permet la Llei 27/2013). Per altra part, l'esperadíssima nova llei catalana de governs locals, que havia de donar resposta a la LRSAL i preservar l'autonomia dels municipis catalans, es troba en un lent tràmit parlamentari.

suports que necessitin. En el cas d'Espanya, la LAPAD va establir que els beneficiaris participen en el finançament dels serveis rebuts, tenint en compte el tipus i cost d'aquests, així com la capacitat econòmica personal del beneficiari. En canvi, la capacitat econòmica dels familiars no es té en compte ni com a criteri per regular a l'accés al servei ni com a recurs de copagament. Quant al tipus de prestacions, la LAPAD també va determinar una clara preferència pels serveis d'atenció de responsabilitat pública enfront les prestacions econòmiques. De forma progressiva, però, ha anat augmentant la preferència per les prestacions monetàries, que poden ser incondicionades o bé vinculades a un servei concret (com el xec-servei, les compensacions al cuidador, etc.). Tot i que la raó de fons sigui l'estalvi econòmic en temps d'austeritat, l'administració també argumenta que d'aquesta manera es facilita l'autonomia de la persona i la seva capacitat d'elecció. Certament aquest tipus de prestacions està creant noves formes d'elecció i de negociació entre les persones, les famílies i els professionals. A la pràctica, però, el que s'observa és que la prestació econòmica per atenció a l'entorn familiar, que a la llei es considerava com a excepcional, ha acabat sent la més concedida.

Tot plegat reflecteix, tant a Espanya com al conjunt d'Europa, una tendència que es pot qualificar de refamiliaritzadora (Rodríguez Cabrero, 2014). Tornen a ser majoritàriament els familiars directes els que tenen cura de les persones amb necessitats d'atenció continuada. I dins de les famílies són les dones –filles, esposes, joves- les que, en un percentatge altíssim, segueixen assumint aquests rols; una tendència que va a la contra de les polítiques d'igualtat de gènere i que és especialment greu en països com Espanya i altres del sud d'Europa, que no disposen de programes forts de suport a la conciliació de la vida laboral, social i familiar. De fet, atesos els riscos que comporta aquesta tendència per al benestar de les persones i l'estabilitat de les famílies, en molts països s'han generalitzat els programes de capacitació, suport econòmic i respir adreçats a les persones cuidadores. Es tracta d'evitar o de minimitzar els impactes negatius que la funció continuada de cura pugui generar en la persona cuidadora. A Espanya les mesures d'aquest tipus són molt minses i aquelles que tímidament establia la LAPAD s'han reduït o directament suprimit, com el pagament de la cotització a la seguretat social de la persona cuidadora.

Quant al finançament dels serveis, als Estats europeus es cobreix a partir de fonts molt variades, que inclouen impostos, cotitzacions i copagaments, entre d'altres. La ja esmentada prioritat política de

contenir la despesa social per no engruixir el dèficit públic ha impulsat reformes en els sistemes d'atenció social de llarga durada, molt relacionades amb les que s'estan duent a terme en els de pensions i de salut. El nexa comú d'aquestes reformes sol ser la reducció de la intensitat protectora, cosa que es justifica amb la necessitat de garantir la sostenibilitat financera del sistema de drets socials a llarg termini. Si ens fixem en la LAPAD, veiem que s'ha ajornat l'aplicació total de la llei, que des de l'any 2011 l'Administració General de l'Estat (AGE) ha anat reduint unilateralment i de forma dràstica les seves aportacions al sistema i que s'han retallat notablement els serveis i les prestacions que s'ofereixen als beneficiaris. A més, la diversitat de sistemes de provisió s'ha traduït en una creixent desigualtat territorial en l'accés als serveis i en el grau de copagament dels mateixos.

Un cas ben significatiu de les contradiccions estructurals entre els ideals normatius i les polítiques públiques reals és el de l'enfocament preventiu en matèria de salut i de protecció social. En el primer dels casos parlem sobretot dels programes de salut pública, basats en la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia. En el segon, de programes i prestacions adreçades a la prevenció de les situacions de dependència, cronicitat i discapacitat, així com a la promoció de l'autonomia. Doncs bé, arrel de l'austeritat i seguint una línia ideològica molt concreta, bona part dels països europeus estan optant per abandonar de facto el principi d'universalitat, focalitzant l'atenció (i la despesa) en els casos més greus. Aquesta pràctica, que pot tenir cert sentit en termes de justícia distributiva, drena els recursos necessaris per a la prevenció, empitjora les condicions de bona part de la població i fa que les necessitats d'atenció a mig i llarg termini s'incrementin notablement.

Finalment comentar, com a darrer element estructural del sistema, que la prestació dels serveis es fa, cada vegada més, de forma mixta; és a dir, amb la participació del sector privat amb ànim de lucre i del tercer sector social. D'aquestes noves tendències en la provisió de serveis emergeixen debats a l'entorn dels temes relacionats amb l'adjudicació, les clàusules socials i el valor de les entitats del territori. Tanmateix, allò que s'observa en els darrers anys és una mercantilització creixent en tot l'àmbit de serveis socials, reflectida en l'expansió de l'oferta per part d'empreses amb ànim de lucre i cert retrocés del tercer sector, perceptible sobretot entre les entitats més petites. Espanya no es caracteritza precisament pel suport a aquest tipus d'entitats, i els darrers moviments del Govern Central podrien comprometre la pervivència de

bona part del teixit associatiu⁹. A nivell *meso*, el que correspon a les comunitats autònomes, també existeix aquest risc, perquè hi ha una tendència creixent de les administracions a tractar les entitats socials com a meres proveïdores de serveis (equiparant-les a les entitats mercantils), i a forçar-les a actuar en un context de competència per preu, molt més que per qualitat, i sense cap consideració del valor afegit que suposa l'impuls d'iniciatives sorgides de la societat civil que enforteixen el teixit i la solidaritat socials, ni del fet que l'absència d'ànim de lucre comporti la reinversió completa dels eventuais marges de les activitats en el propi sector¹⁰.

Aquest retrocés consentit del tercer sector reflecteix, de nou, una forta contradicció amb els nombrosos discursos oficials en què les entitats del tercer sector són considerades com elements clau per a la democràcia i la cohesió social. De fet, a Europa és habitual la participació de les entitats del tercer sector en la coproducció de les polítiques i els serveis públics, encara que amb diferents intensitats i rols. Entre les funcions de caràcter general que desenvolupen aquestes entitats destaca la representació i defensa (*advocacy*) dels drets de diversos col·lectius que configuren les societats plurals contemporànies, sobretot d'aquells que pateixen situacions de vulnerabilitat i exclusió. Des d'aquest rol no tan sols actuen com a detectores i definidores de necessitats, sinó que també s'impliquen en la resolució dels problemes detectats, mitjançant accions pròpies i participant en òrgans consultius de les administracions. En aquest punt cal dir que la LAPAD estableix una participació social de naturalesa merament consultiva i assessora a través de l'anomenat Comitè Consultiu (administracions públiques, organitzacions sindicals i empresarials) i d'altres òrgans consultius (els comitès i consells existents de gent gran, de persones amb discapacitats i d'ONGs d'Acció Social).

Per altra part, ja des d'una dimensió més pragmàtica, tenim nombroses entitats sense ànim de lucre que s'impliquen directament en l'atenció a les persones que precisen serveis de continuïtat, així com a les seves famílies. Com a proveïdores de serveis, aquestes entitats poden aportar flexibilitat, capacitat d'adaptació i caràcter innovador

9 Parlem de la Llei de Reforma de l'Impost de Societats de 2014, que elimina l'exempció de fer la declaració de l'impost a aquelles entitats sense ànim de lucre que facturin menys de 100.000 € anuals (vegeu: <http://www.tercersector.cat/noticies/frente-comun-para-evitar-que-las-entidades-pequenas-tengan-que-presentar-el-impuesto-de>).

10 De fet, la Llei de contractes del sector públic (TRLCSP), està pensada per blindar la concurrència competitiva entre proveïdors comercials.

per a la resolució de problemes emergents. Per no parlar de la gran capacitat de mobilització de l'acció voluntària ciutadana i de creació de xarxes socials. Tanmateix, la multiplicitat de rols i de fronts oberts genera tensions dins les entitats, entre acció voluntària i professionalització, entre gestió i reivindicació, entre autonomia i col·laboració amb l'Estat, entre particularisme i interès general, que no sempre s'han sabut resoldre bé. Els canvis actuals aconsellen, en tot cas, reconsiderar el paper del tercer sector, també en l'àmbit dels serveis de llarga durada. Cada entitat, i el sector com a tal, haurà de buscar els equilibris adequats.

En conjunt podríem caracteritzar el context polític i jurídic en què s'emmarca el sistema català d'atenció social i sanitària, com a complex, vulnerable i en estat de forta agitació, fruit de les pressions demogràfiques, econòmiques i socials a les quals es veu sotmès. No resulta, segurament, la situació més idònia per plantejar un gran canvi de model, però precisament és aquesta situació, marcada per la inadequació de les estructures i la insuficiència de recursos, la que fa que el canvi sigui ara més necessari que fa una o dues dècades. Fixem-nos tot seguit en l'experiència de dos territoris que són capdavanters en el tipus de transformació que volem proposar.

4. Anàlisi de casos significatius a Escòcia i el País Basc¹¹

Escòcia i el País Basc són, com Catalunya, dues nacions històriques d'Europa, que actualment gaudeixen d'un alt nivell d'autonomia, tant en termes simbòlics com substantius. Això els ha permès plantejar i dur a terme models propis de polítiques sanitàries i socials, en els quals hi és ben present la necessitat d'integrar, d'una manera o altra, objectius, estructures i pressupostos dels dos sistemes.

Ateses les limitacions d'espai, els estudis de cas es focalitzen en punts molt concrets de cada model. De l'escolès destacarem la llei per a la integració dels sistemes de salut i serveis socials de 2014. En el cas del País Basc posarem el focus en dues qüestions: els sistemes

¹¹ La construcció de models d'atenció integrada social i sanitària amb una perspectiva àmplia poblacional és un fenomen realment nou. A més dels casos significatius d'Escòcia i el País Basc, podem esmentar les experiències també innovadores en aquest camp de la Comunitat de Castella i Lleó a Espanya; d'Irlanda; de la regió de Torbay al sud d'Anglaterra; i del Quebec al Canadà. D'altra banda, des de 2013 el Regne Unit impulsa el projecte "Pioneers Integrated Care", encara en fase experimental, com un element d'alta prioritat en les polítiques públiques del govern anglès.

integrats de salut per a l'assistència a la cronicitat i l'aplicació del model d'atenció integral i entrada en la persona.

4.1. Escòcia: el cas de la Llei per a la integració dels sistemes de salut i serveis socials

4.1.1. CONTEXT

Escòcia compta amb una població de 5,4 milions d'habitants, repartits desigualment sobre una superfície de 70.000 Km². L'any 1997, després d'una aclaparadora victòria laborista a les eleccions generals, el Parlament britànic va acordar el retorn (*devolution*) a un parlament escocès de nova creació, part de la seva sobirania sobre Escòcia. Entre les competències retornades hi havia les de sanitat, que van quedar en mans del Govern Autònom d'Escòcia (GAE), i les de serveis socials, que van quedar en mans de les autoritats locals però regulats i finançats pel GAE.

L'organisme responsable d'implementar les polítiques i serveis de salut, a partir de la legislació aprovada pel Parlament Escocès, és l'anomenat Servei Nacional de Salut (SNS). El seu pressupost voreja els 12.000 milions de lliures esterlines i dona feina a unes 160.000 persones. S'estructura a partir d'uns òrgans centrals i 14 Consells Territorials de Salut (*Health Boards*, en endavant CTS), encarregats de la provisió de la major part dels serveis. Cada CTS dona de promig servei a prop de 400.000 persones.

L'organització territorial d'Escòcia és molt simple, ja que només consta de dos nivells: la jurisdicció del GAE, que engloba tot el país, i el nivell local, format per únicament 32 autoritats locals. Amb una població promig de més de 160.000 habitants, aquests "supermunicipis" presenten enormes variacions, tant en superfície com en població (a l'entorn de 500.000 a les grans ciutats, menys de 50.000 a les illes i les *Highlands*). Disposen de competències que són molt àmplies en determinats camps, però que per norma general estan subjectes a la regulació legislativa del GAE, com és el cas de la competència en serveis socials. Val a dir que des de la recuperació de l'autonomia, les expectatives inicials de les autoritats locals s'han vist truncades pel fort centralisme exercit des d'Edimburg.

La major part del pressupost del GAE prové d'una transferència incondicionada (*Block Grant*) del Parlament de Londres, mitjançant l'anomenada fórmula Barnett. Bàsicament consisteix en què els augments (o reduccions) en els pressupostos per a serveis públics

d'Anglaterra són automàticament transferits a Escòcia de forma proporcional a la seva població. El Parlament Escocès, que té poques atribucions fiscals, pot decidir la distribució interna dels recursos entre els àmbits de la seva competència, entre els quals també el finançament de les autoritats locals. De fet ha utilitzat aquest poder per assumir mesures molt significatives, com la gratuïtat dels estudis universitaris o de l'atenció personal a la llar.

Pel que fa a l'enfocament de les polítiques públiques, cal tenir present que Escòcia és un dels països on ha arrelat més l'anomenada "tercera via", és a dir, el reformisme de centre-esquerra¹² que accepta les premisses del capitalisme global, però que no renuncia a l'Estat com a agent promotor del benestar social i la igualtat d'oportunitats. L'Estat, però, ha de ser capaç de reformar-se per adaptar-se als nous desafiaments, com el ràpid envelliment de la societat i el creixement estructural de la despesa social.

4.1.2. ANTECEDENTS DE LA REFORMA

Des de ben aviat es va considerar que una de les vies per incrementar l'eficiència i eficàcia del GAE era aconseguir que totes les seves estructures actuessin com una unitat, compartint missió i objectius¹³. També es va perseguir intensament la implicació dels diversos ens públics en l'abordatge de determinats reptes de política pública, com el de l'envelliment de la població. És amb aquest esperit que l'any 2003 es van introduir els anomenats Partenariats de Planificació Comunitària, liderats des dels governs locals, mentre que l'any 2004 la Llei de Reforma del SNS va obligar els CTS a establir Partenariats de Salut Comunitària (PSC) amb els municipis de la seva àrea, per tal de reduir l'esclatxa entre l'atenció primària i la secundària, així com entre els àmbits de salut i assistència social.

La funció dels PSC havia de ser coordinar sobre el territori, a partir d'equips integrats, la planificació i prestació d'una àmplia gamma de serveis de salut primària i comunitària, incloent medicina general, odontologia, salut comunitària i salut mental, entre d'altres. Els PSC es van configurar com a òrgans adscrits als CTS sense

¹² Els dos únics partits que tenen veritable pes electoral a Escòcia, el Partit Laborista i el Partit Nacionalista Escocès (SNP), es situen en aquesta franja ideològica.

¹³ L'any 2007, després de la victòria electoral del SNP, el seu líder va configurar un govern en minoria, format per molts pocs membres i tots ells responsables de grans objectius transversals. Les tradicionals carteres sectorials quedaven relegades a un segon nivell. L'any 2011 l'electorat va revalidar aquest projecte amb la majoria absoluta.

personalitat jurídica pròpia. Es va donar llibertat a cada CTS per articular el o els PSC de la seva àrea de la manera que considerés més convenient pel que fa a mida, funcions i/o sistema de governança. A la pràctica es van constituir dos grans tipus de PSC, uns centrats en salut (*Community Health Partnerships*, la majoria) i d'altres que incorporaven més explícitament l'assistència sociosanitària i social (*Community Health and Care Partnerships* o *Community Health and Social Care Partnerships*). En l'òrgan de govern d'un PSC hi havia d'haver, en tot cas, representació del SNS, regidors dels ajuntaments implicats, representants dels metges i representants del fòrum o fòrums locals de Partenariat Públic, que són xarxes de pacients, cuidadors, grups comunitaris, organitzacions de voluntaris i de persones interessades en el desenvolupament i disseny dels serveis locals de salut i assistència social.

La normativa obligava els PSC a assumir un seguit d'objectius per avançar cap a l'atenció centrada en el pacient, descarregant els hospitals de funcions innecessàries i integrant en la mesura del possible l'atenció sanitària i la social. Per altra part, per avançar en l'objectiu de fons de desplaçar el balanç de la política "de la cura" (*Care Policy*, referida a sanitària i social conjuntament), calia treure serveis de l'hospital cap a la comunitat i ubicar-los tan a prop com fos possible de la llar de l'usuari¹⁴.

L'any 2010 hi havia 36 en el conjunt d'Escòcia 29 PSC de salut comunitària i 7 PSC de salut i sociosanitaris, que gestionaven un total de 3.200 milions de lliures esterlines, en un nombre considerable d'espais o equipaments compartits, en els quals treballaven uns 28.500 membres del personal sanitari i uns 5.300 del personal de serveis socials. Amb tot, els recursos transferits a aquests òrgans van ser limitats. Es calcula que van gestionar directament només el 26% de la despesa total, amb variacions significatives entre tipus de serveis. Entre 2004/05 i 2009/10 es va detectar un increment del percentatge total de la despesa sanitària en l'àmbit comunitari, però molt lleuger. En canvi, no es van incrementar els recursos transferits del Servei Nacional de Salut cap als municipis per reforçar els serveis sociosanitaris. Tampoc va haver-hi suficient transparència o acord sobre el càlcul dels recursos a transferir als PSC, fet que va causar tensions entre aquests dos actors. L'any 2011 el Govern escocès i la Conferència de Municipis escocesos (COSLA) van acordar una guia d'acció

¹⁴ El Pla 2007-2012 *Better Health, Better Care* incorporava com una de les mesures clau treure l'atenció sociosanitària dels hospitals i portar-la a la comunitat.

(*guidance*) per revisar i actualitzar l'import de les transferències any a any, però això no va acabar de resoldre el problema de la integració pressupostària¹⁵.

D'altra banda, per guanyar en eficiència hauria fet falta disposar d'un enfocament més sistemàtic i transversal a l'hora de planificar els serveis i la utilització dels recursos. En alguns casos això es va aconseguir, però no va ser la norma, en bona part perquè no es disposava d'informació acurada i compartida sobre totes les partides de cost. El més problemàtic és que ni els metges ni els professionals clínics en general es van implicar adequadament en la planificació dels serveis i dels recursos. I especialment poc en els pressupostos de l'atenció a malalts aguts. Això va generar grans diferències en la despesa entre PSC (fins i tot en els mateixos conceptes de despesa, com per exemple en la recepta de medicaments) així com un excés global de despesa en alguns d'ells.

Malgrat l'història de col·laboració acumulat, amb els anys es va constatar que els PSC no tenien prou autoritat per implementar els canvis que se'ls demanava, cosa que fomentava i justificava la falta d'implicació de col·lectius clau. També es va veure que l'aproximació incrementalista i oberta al partenariat havia generat un mapa complex i confús d'organismes, poc adequat per generar l'eficiència i la transparència desitjades. Les diferències en la cultura organitzativa i professional, així com en els sistemes de planificació i gestió financera s'erigien com a barreres que dificultaven la cooperació i la rendició conjunta de comptes davant el Govern d'Escòcia i davant la societat.

Les disfuncions dels PSC van acabar reflectint-se en resultats desfavorables en alguns dels objectius més importants de la reforma de 2004:

- Diferències de qualitat injustificables, tant en l'atenció als adults com a la gent gran, entre les diverses parts d'Escòcia.
- Estadades innecessàriament llargues a l'hospital, en pacients que ja estaven clínicament a punt per a l'alta, sovint perquè els serveis requerits perquè les persones poguessin romandre de manera

¹⁵ Respecte al finançament conjunt els serveis, hi ha dues grans aproximacions possibles: pressupostos alineats (*aligned*) o bé pressupostos compartits (*pooled*). En els partenariats el més habitual va ser utilitzar pressupostos alineats. Cada mètode té avantatges i desavantatges concrets. L'alineació pressupostària és més senzilla de posar en marxa, perquè no pressuposa cap canvi estructural en les organitzacions, però és d'efectes limitats, i en general poc àgil i poc flexible davant els requeriments de la gestió. Aquestes consideracions s'inverteixen en el cas dels pressupostos compartits.

segura a les seves llars no sempre estaven disponibles amb suficient rapidesa.

Tot això es produeix en un context de creixent austeritat, que demana intensificar els esforços per l'eficiència. D'acord amb els plans del govern britànic les retallades en la despesa pública iniciades l'any fiscal 2010-2011 haurien de continuar almenys fins l'any 2017-18. Si això s'acaba confirmant, al final d'aquest període el pressupost escocès s'haurà reduït un 14% en termes reals.

4.1.3. LA REFORMA DE 2012-2015: LA LLEI DE CORPORACIONS PÚBLIQUES (TREBALL CONJUNT) D'ESCÒCIA (THE PUBLIC BODIES (JOINT WORKING) (SCOTLAND) BILL)

Partint de les experiències acumulades des de 2004 i de la premissa que un partenariat efectiu entre els serveis de salut i els serveis socials és un requisit previ i necessari per a l'assoliment de bons resultats en salut i assistència social, aquesta llei es proposa forçar la integració orgànica, funcional i pressupostària de la major part dels serveis de salut amb els serveis socials, substituint els PSC per altres tipus d'organismes més paritaris i, a ser possible, amb personalitat jurídica pròpia.

L'objectiu de fons de la integració és modificar l'equilibri en els sistemes d'atenció, passant de l'atenció centrada en els casos de malalts aguts cap a un enfocament de tipus més comunitari, amb una assistència més flexible i sense fissures, així com una intervenció més primerenca i preventiva, que permeti reduir futures demandes –i per tant costos– al sistema. Es tracta, al capdavant, de millorar la qualitat i la coherència dels serveis que reben el creixent nombre de persones (moltes d'elles d'edat avançada) que precisen atencions de llarga durada i sovint complexes. En aquest punt es prioritza l'atenció a les persones a casa seva, o en tot cas en un ambient acollidor ("casolà") i segur, tenint en compte també les necessitats dels cuidadors i de les seves famílies¹⁶.

¹⁶ Cal tenir present que la reforma dels sistemes d'atenció sanitària i social no comença ni acaba amb aquesta llei. Entre els elements que l'acompanyen i que s'estan desenvolupant en paral·lel cal destacar, en matèria d'assistència social, l'Estratègia del Govern Escocès envers la cura, que dona suport a cuidadors no remunerats, i la Llei 2013 d'Atenció Social (Suport autodirigit), que pretén donar un major control als propis beneficiaris dels serveis de cura i suport social. En l'àmbit de la salut tenim l'Estratègia per a l'atenció sanitària de qualitat del SNS, amb tres prioritats clares: seguretat, efectivitat i centralitat de la persona. També el Mapa de Ruta 2020 (elaborat al 2013), que estableix les prioritats per assolir la Visió 2020 per a la Salut i l'Assistència Social, amb un important element d'implicació i capacitat de la força laboral. Finalment destacar l'informe "Tothom compta: Visió força de treball 2020" (elaborat també al 2013, amb la participació de més de 10.000 persones).

En termes operatius la llei s'estructura a partir dels següents punts:

1. Es formulen un conjunt de resultats (impactes) de política pública, acordats a nivell nacional (Escòcia) i vàlids per al conjunt de l'assistència sanitària i social¹⁷.
2. S'exigeix als Serveis de Salut i als ens locals que integrin funcions i pressupostos de salut i assistència social en una estructura de partenariat.
3. Els pàrtners locals poden decidir entre dos models a l'hora d'integrar els serveis: o bé un "organisme rector", al qual es delegaran funcions d'un pàrtner a l'altre, o de tots dos, o bé una "corporació" amb personalitat jurídica pròpia, els membres del qual s'escolliran a parts iguals dels Serveis de Salut i de l'ens local¹⁸. Tots dos tipus d'ens reben el nom d'"autoritat d'integració".
4. Els ens locals i els Serveis de Salut estan obligats a desenvolupar un Pla o Protocol d'Integració, que establirà el model d'autoritat d'integració preferit, així com les funcions, serveis i pressupostos que vulguin delegar-li. La Llei estableix una sèrie de funcions

¹⁷ Els Resultats/Impactes en la Salut i el Benestar de la societat escocesa són enunciats sobre allò que les autoritats responsables haurien d'aconseguir a través de la integració i en darrer terme a través de la millora de la qualitat en el conjunt dels serveis de salut i d'assistència social. Després d'un període d'àmplia participació i consulta es van proposar set grans tipus d'impactes que durant l'any 2014 han anat sent desenvolupats a través d'un conjunt d'indicadors. Es preveia una consulta formal sobre els resultats al final d'aquest procés. Són els següents:

1. Vida més saludable: Els individus, les famílies i les comunitats locals són capaces de tenir cura i millorar la seva pròpia salut i benestar, perquè més persones viuen amb bona salut durant més temps, i amb una reducció de les desigualtats en salut
2. Vida independent: Les persones, incloses les que pateixen discapacitats o malalties cròniques, o les que esdevenen fràgils, poden viure de forma independent a casa seva, o en un ambient acollidor a la seva comunitat, tant com sigui raonablement possible.
3. Experiències i resultats positius: Les persones tenen experiències positives dels serveis de salut i d'assistència social, els quals estan centrats en la satisfacció de les necessitats individuals i en oferir opcions que ajudin a mantenir o millorar la qualitat de vida
4. Els cuidadors: Les persones que presten cures de forma no remunerada poden mantenir la seva pròpia salut i benestar, així com una vida pròpia, més enllà de la dedicació a la cura.
5. Seguretat i dignitat: Les persones que fan servir els serveis de salut i d'atenció social són preservades de qualsevol dany i la seva dignitat és respectada.
6. Força Laboral: Les persones que presten serveis de salut i d'atenció social assumeixen el seu paper de forma positiva, i reben suport perquè puguin millorar contínuament la informació, el suport, l'atenció i el tractament que proporcionen.
7. Recursos: Una relació òptima de cost-benefici s'aconsegueix amb la utilització eficaç dels recursos dedicats a salut i a assistència social, sense malbaratament ni variació innecessària.

¹⁸ Aquí es refereix als membres de ple dret.

d'assistència social (incloent-hi certes funcions dels ens locals en matèria d'habitatge), que poden ser delegades a una autoritat integrada si així ho decideixen les autoritats que en tenen la competència. Però addicionalment atorga als Ministres del GAE el poder de dictar reglaments que *obliguin* a delegar algunes d'aquestes funcions. De fet, el Pla o Protocol d'Integració, que fa efectiva la creació de l'autoritat d'integració, ha de ser acordat pels dos pàrtners i pel GAE, que actua a través de la Secretaria (Conselleria) per a la Salut i el Benestar.

5. Una vegada acordada i consumada la integració es demana a cada una de les noves autoritats que elabori un pla estratègic corporatiu, fet amb àmplia participació interna i externa i amb una vigència de 10 anys.
6. S'exigeix a les autoritats d'integració que reforcin el paper dels metges i dels professionals de la cura, juntament amb el tercer sector i l'anomenat *sector independent*¹⁹, en la planificació i la prestació dels serveis.
7. Les autoritats d'integració responen solidàriament davant dels ministres, els ens locals, els directors dels CTS i la ciutadania pel que fa a l'assoliment dels resultats/impactes acordats a nivell nacional.

S'espera que el sistema que emergeixi d'aquesta reforma tindrà les següents característiques:

- Disposarà de cobertura legal suficient per complir amb la seva missió.
- Disposarà d'un pressupost integrat per prestar serveis de salut comunitària i serveis d'atenció social, així com alguns àmbits pertinents de l'atenció d'aguts.
- Serà més eficient perquè, entre altres coses, aconseguirà economies d'escala en partides d'alt volum de cost (compra de material, assegurances).
- Promourà i confiarà en el lideratge professional de metges i treballadors socials.
- Serà més simple que els òrgans i estructures existents en l'actualitat.

¹⁹ Terme utilitzat al Regne Unit per referir-se al conjunt d'organitzacions no estatals (en el sentit que no han creades a través d'actes legislatius), que per tant no formen part del govern local o central, però que tanmateix s'encarreguen de la prestació de serveis de salut i assistència social derivats d'un mandat públic. Inclou tant empreses privades amb ànim de lucre com associacions i altres entitats sense ànim de lucre.

- Efectuarà una clara rendició de comptes, valorada a partir dels resultats acordats a nivell nacional.
- Oferirà resultats/impactes més o menys homogenis en el conjunt del país, de manera que els usuaris gaudeixin d'una experiència similar en els serveis, i els cuidadors d'una experiència similar de suport, tot i la possible diversitat d'enfocaments en la prestació dels serveis.

El procés de formulació i aprovació de la Llei ha durat uns tres anys, de finals de 2011 a finals de 2014, i la seva aplicació no es completarà fins al 2016.

Un element important en el procés de creació de la Llei és l'anomenat Grup Assessor del Projecte de Llei, creat pel Govern d'Escòcia i format per 21 persones, representants dels actors rellevants, amb la finalitat d'assessorar i acompanyar la tramitació parlamentària de la Llei i dels reglaments que l'han de desplegar.

D'acord amb el calendari previst, durant l'any 2014 la Llei està sent desenvolupada a través de diverses regulacions, estructurades a través de dos paquets.

El primer paquet regula:

- La informació que s'ha d'incloure en el Sistema d'Integració
- Les funcions delegades:
 - Funcions que han de ser delegades per les autoritats locals
 - Funcions que han de ser delegades pels CTS
 - Funcions atribuïdes a un representant de l'ens local
- Els resultats/impactes del sistema nacional de Salut i Benestar
- la interpretació dels termes "professionals de la salut i l'atenció social" (inventari de professionals que entren dins d'aquestes categories)

Taula 1: Funcions delegades als ens d'integració dels serveis sanitaris i socials a Escòcia

<p>Proposta de funcions que hauran de ser delegades obligatòriament per les autoritats locals a les noves autoritats integrades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Serveis socials per a adults i gent gran - Serveis i suport per a adults amb discapacitats físiques i problemes d'aprenentatge - Serveis de salut mental - Serveis de drogues i alcohol - Protecció d'Adults i violència domèstica - Serveis de suport a cuidadors - Equips d'avaluació de l'atenció comunitària - Serveis de suport - Serveis de col·locació (<i>placement</i>) d'Adults - Serveis de millora de la salut - Serveis de suport a l'habitatge, ajudes tècniques i adaptacions - Serveis de Dia - Coordinació d'àrea local coordinació - Provisió de relleu (suport) - Serveis de teràpia ocupacional - Serveis de <i>rehabilitació (Re-ablement)</i>, equip i teleassistència
<p>Proposta de funcions que hauran de ser delegades obligatòriament pels CTS a les noves autoritats integrades (no totes podran ser-ho a curt termini, per raons pràctiques).</p> <p>Qualsevol altre servei mèdic adreçat a adults, així com els serveis de salut infantil, podran ser delegats si així ho decideix el nou organisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Serveis d'hospitalització no programada - Assistència ambulatoria d'accidents i altres urgències - Serveis de cura de les persones grans (abans coneguts com medicina geriàtrica) - Serveis d'infermeria del districte - Serveis de visites domiciliàries - Serveis de psicologia clínica - Serveis del Partenariat de Salut Comunitària - Serveis d'Addiccions - Serveis de Salut de la dona (inclosos els serveis de planificació familiar) - Serveis aliats dels professionals de la salut - Serveis de medicina general fora d'horari - Serveis dentals de salut pública (abans coneguts com a serveis dentals comunitaris) - Serveis de continència - Serveis de diàlisi a la llar - Serveis de Promoció de la Salut - Serveis Mèdics Generals (GMS) - Serveis farmacèutics - Receptes dels metges de medicina general

Font: Elaboració pròpia

El segon paquet regula:

- Els membres dels diferents organismes
 - Allà on s'opti pel model "organisme rector": Establiment, composició i procediments del comitè conjunt de supervisió
 - Allà on s'opti pel model "corporació": Membres, competències i procediments d'integració en consells conjunts
 - Composició dels grups de planificació estratègica
- Els organismes i entitats que han de ser consultades quan:
 - Es redactin o revisin els plans/protocols d'integració
 - Es preparin els esborranys de plans estratègics
 - Es prenguin decisions sobre la provisió de serveis en l'àmbit local
- La forma i el contingut que hauran de tenir els informes d'avaluació del rendiment

Seguint la pràctica habitual en els processos legislatius a Escòcia, aquest també ha estat objecte d'extensos informes d'avaluació d'impacte, econòmic, regulatori i social. Els beneficis potencials de la reforma identificats pels avaluadors són, essencialment, la reducció dels costos unitaris de l'atenció (pel major ús de les intervencions de tipus social, per la reducció d'estades hospitalàries en llits d'aguts, per l'increment de massa crítica i del consegüent poder de negociació enfront els proveïdors, per reducció del temps dedicat a comitès i altres organismes de coordinació ad-hoc i per l'eliminació de solapaments en els serveis) que, *ceteris paribus*, hauria de redundar en una millora general dels serveis.

Pel que fa als costos econòmics potencials de la reforma, no són petits, però gairebé tots són atribuïbles, d'una manera o altre, a la voluntat de fer un salt de qualitat en el sistema, que permetrà estalvis a mig i llarg termini: increment de l'assistència sanitària i social a les comunitats (atenció a la llar i serveis per a la llar, farmàcia i serveis de la comunitat), costos associats amb la incorporació dels metges en la planificació local dels serveis, costos associats amb la tecnologia de la informació necessària per a l'intercanvi de dades, costos de formació i desenvolupament laboral, incloent l'aprenentatge per entendre els nous processos, i finalment costos de transacció amb els proveïdors externs de serveis de salut i d'atenció social, ja que s'han de revisar contractes, procediments, etc.

En el pressupost 2014-2015 del Govern Escocès, la despesa prevista per a Salut i Benestar és de gairebé 12.200 milions de lliures esterlines (14.640 milions d'euros aprox.), un 34,5% del pressupost total. Del pressupost destinat a salut, gairebé 9.620 milions de lliures esterlines (aproximadament 11.544 milions d'euros) es destinen al finançament dels consells territorials de salut (CTS) i altres consells especials, tots ells susceptibles d'ésser incorporats en els pressupostos conjunts dels organismes d'integració. Aquest pressupost també consigna una aportació especial de 100 milions de lliures addicionals per impulsar el canvi cap a la prevenció en l'atenció sanitària per part dels CTS, i 20 milions de lliures desplegats centralment des del SNS per ajudar selectivament a la implantació dels projectes d'integració en els diversos territoris. Finalment, pel que fa a la despesa pressupostada per les autoritats locals per a serveis socials, val a dir que voreja els 2.960 milions de lliures (3.552 milions d'euros), i constitueix la segona partida més gran dels ens locals, després de l'educació.

4.2. País Basc: els casos dels sistemes integrats de salut per a l'assistència a la cronicitat i del model d'atenció integral i entrada en la persona

4.2.1. INTRODUCCIÓ

El govern del País Basc va optar, al començament de la crisi econòmica, per una transformació a fons del Sistema de Salut, mitjançant canvis organitzatius, de gestió i tecnològics que es concreten en el document *Transformando el sistema de salud (2009-2012)*. Aquesta opció es pren, a més, en un context d'augment de la demanda de recursos sanitaris, causat principalment per l'increment del nombre de malalts crònics. De fet, l'atenció a la cronicitat esdevé un dels motors que impulsen els canvis en sanitat. Paral·lelament, des de la Conselleria d'Ocupació i Afers Socials del Govern basc es va posar en marxa un projecte per avançar cap a un model d'atenció integral centrada en la persona. Com es podrà observar més endavant, existeixen molts nexes d'unió entre ambdós projectes, tot i que han estat dissenyats amb lògiques i objectius diferents i des de departaments diferents (Sanitat i Serveis Socials). Quan els projectes transversals no són fruit d'un disseny comú i consensuat, existeix el risc que es malmeti la coherència i la unitat de determinades accions.

El País Basc disposa d'un marc normatiu suficient per fer reformes i dissenyar polítiques pròpies d'atenció en aquest àmbit, ja que

té competència exclusiva en serveis socials i en matèria de sanitat pot desenvolupar i executar la legislació bàsica de l'Estat (arts. 10.12 i 18.1 de l'Estatut d'Autonomia). En base a aquestes competències, va aprovar Lleis de serveis socials (1982, 1996 i 2008) i la Llei d'ordenació sanitària a l'any 1997.

4.2.2. EL MODEL D'ATENCIÓ INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA

Justificació

A finals dels anys 2000 el Govern Basc constata que:

- La demanda assistencial experimentarà un creixement aproximat del 20% en els propers cinc anys, motivat principalment per l'augment de les malalties cròniques.
- Els recursos no creixeran en els propers pressupostos més d'un 1 %.
- En definitiva, caldrà oferir més serveis assistencials públics amb el mateix volum de recursos.

Per altra part, es detecten un conjunt de macro tendències, comunes als països de l'entorn, a les quals el model basc d'atenció hauria de donar resposta.

Taula 2: Macro tendències en l'àmbit de les polítiques de salut

Aspecte	Elements actuals	Elements emergents
Accessibilitat	Presencial	A distància
Producte	Serveis Sanitaris	Valor salut
Arquitectura	Proveïdor - Cèntric	Ciudadà - cèntric
Qualitat	De servei i de gestió	Sistèmica
Model d'atenció	<ul style="list-style-type: none"> - Episòdic - Reactiu - Hospitalocèntric 	<ul style="list-style-type: none"> - Continu i coordinat - Proactiu - Integrat
Proposta de valor	<ul style="list-style-type: none"> - Accessibilitat - Centrat en l'atenció 	<ul style="list-style-type: none"> - Salut - Prevenció, curació, cura i rehabilitació

Font: Departamento de Sanidad y Consumo, 2010:24.

Tot plegat fa necessari modificar les polítiques, plantejant un model que prioritzi la proximitat i la dimensió comunitària en l'atenció, per sobre de les grans estructures i de l'estada en hospitals; un model en què resultarà essencial l'ús de les noves tecnologies i una estructuració territorial basada en Sistemes Locals Integrats de Salut.

Models inspiradors

Abans de dissenyar la transformació del model de provisió es van analitzar les experiències més exitoses d'altres països com Escòcia, Irlanda del Nord, Nova Zelanda, Suècia, Canadà o els EUA, que havien efectuat canvis importants en el tractament de malalts crònics i pluripatològics, així com en l'organització i gestió de les infraestructures i recursos sanitaris. Així mateix es va partir de la base d'altres models teòrics que s'han desenvolupat en els darrers anys amb eficàcia provada, com el *Chronic Care Model* (CCM). En l'adaptació que fan d'aquest model a l'atenció a crònics al País Basc identifiquen sis elements essencials que actuen entre sí i que consideren claus per a la òptima atenció als malalts crònics: l'organització del sistema d'atenció sanitària; estrènyer les relacions amb la comunitat; el suport a l'autocura; el disseny del sistema assistencial; el suport en la presa de decisions i el desenvolupament de sistemes d'informació clínica. Finalment, també es refereixen a la Piràmide de Kaiser, que identifica tres nivells d'intervenció segons el nivell de complexitat, i la Piràmide del King's Fund, adaptació de la piràmide de Kaiser que destaca la combinació de la visió sanitària i social com a dos parts integrades de l'atenció que requereix un individu.

Canvis estratègics

El nou model d'atenció que proposa la sanitat basca pretén aconseguir un conjunt de canvis molt significatius (Departamento de Sanidad y Consumo, 2012:14):

1. D'un model centrat en la medicina d'aguts a un d'adaptat a les necessitats dels malalts crònics.
2. D'un model de caràcter reactiu, que cura les malalties, a un de proactiu, que cura, cuida i fa prevenció segons els factors de risc.
3. D'un model amb un pacient passiu al qual s'atén, a un de centrat en un pacient actiu, que participa en la gestió de la seva malaltia.
4. D'un model fragmentat, amb ineficiències i descoordinació entre nivells assistencials i socials, a un que permet la continuïtat de cures, mitjançant la integració assistencial i dels recursos socials.
5. D'una ordenació de recursos amb elevat pes en els hospitals d'aguts a estructures que prioritzen les intervencions en els llocs més adequats i eficients (subaguts, telemedicina, ...).
6. D'un pagament per activitat realitzada a un pagament per la consecució de resultats en salut.

L'amplitud i ambició dels canvis proposats fa necessari un enfocament estratègic, que parteixi d'una visió clara i succinta, i d'un conjunt acotat de polítiques i projectes a prioritzar:

a) **Visió.** Transformar el Sistema sanitari basc per a respondre a les necessitats que genera el fenomen de la cronicitat en cadascun dels seus col·lectius: pacients crònics i els seus cuidadors, professionals sanitaris i ciutadans en general.

b) **Polítiques i projectes estratègics:**

- Enfocament de salut poblacional estratificat
 - Estratificació i *targeting* de la població
- Promoció i prevenció de malalties cròniques
 - Intervencions sobre els principals factors de risc (deshabitua-
ció del tabac, vida saludables, etc.)
- Responsabilitat i autonomia del pacient
 - Autocura i educació al pacient: pacient actiu
 - Creació d'una xarxa de pacients activats través de l'adopció de noves tecnologies Web 2.0 per les Associacions de Pacients crònics
- Continu assistencial per al malalt crònic
 - Història clínica unificada
 - Atenció clínica integrada
 - Desenvolupament dels hospitals de subaguts
 - Definició i implementació de competències avançades en infermeria
 - Col·laboració Sociosanitària
 - Finançament i contractació
- Intervencions eficients adaptades a les necessitats del pacient
 - OSAREAN: centre de serveis multicanal
 - Desenvolupament de la farmàcia i recepta electrònica
 - Creació del centre d'investigació per a la Cronicitat
- Transversal
 - Innovació des dels professionals clínics

Sistemes Locals Integrals de Salut - Microsistemes

L'element clau de la reforma des del punt de vista organitzatiu és el Sistema Local Integrat de Salut o *microsistema* (en endavant SLIS-Microsistemes). És concebut com l'acció coordinada de tots els agents i organitzacions sanitàries i socials que atenen a la mateixa població i operen en el continu assistencial de dita població de referència. La construcció d'un microsistema no és fàcil i s'ha de concebre com un procés dinàmic. El conjunt del País Basc es divideix en 11 SLIS-Microsistemes²⁰, des dels quals s'han de coordinar tres funcions bàsiques: la continuïtat assistencial (entre els diferents nivells assistencials de sanitat i amb els serveis socials), l'estratificació (intervencions preventives de salut, adaptades a les característiques i necessitats dels diversos grups de la població) i l'eficiència (eliminació de duplicitats i combinació efectiva dels serveis dels diferents agents locals).

No es considera imprescindible crear una entitat per governar un SILS-microsistemes, ja que és concebut com un grup d'organitzacions que proveeixen serveis de forma coordinada. Es tracta de desenvolupar una estructura matricial, que consisteix en una sèrie d'organitzacions independents, situades en un mateix pla, entre les quals flueix informació i capacitats. Per assegurar la coordinació i la presa de decisions compartides es creen òrgans de governança formats per gerents o directius de les organitzacions de serveis (sanitat, públics i concertats, i serveis socials), tècnics de salut pública, tècnics dels serveis de salut mental i altres serveis concertats, i lògicament el personal clínic (metges i infermers), que és responsable de la gestió dels anomenats Plans d'Intervenció Poblacionals (PIP)²¹. En el procés de presa de decisions només participen els directius d'aquelles organitzacions que aporten recursos econòmics i humans²². Les decisions es prenen de comú acord i, en cas de no ser possible el consens es demana la implicació d'un agent amb criteri imparcial i capacitat de moderar i decantar

20 Microsistema de Bilbao, Uribe, Euzkerraldeia-Enkarterri, Interior, Araba, Gipuzkoa, Bidasoa, Goierri - Alto Urola, Bajo Deba, Alto Deba y Donostia.

21 Pla d'Intervenció Poblacional (PIP): Són intervencions centrades en malalties cròniques, on la coordinació entre nivells assistencials i/o comunitat aporta un benefici per a fomentar la continuïtat assistencial. Es defineixen en base a criteris de prevalença de la patologia i impacte en la despesa sanitària. Tenen associada una població diana amb intervencions adaptades al nivell de mobilitat en funció del nivell de la piràmide de Kaiser en que es troben.

22 Per aquesta raó, si bé es considera que els serveis socials són un agent clau, que hauria de participar activament en l'òrgan decisonal, a causa de la separació pressupostaria que es deriva del marc polític i legal, ara com ara no saben com fer-ho factible.

la decisió, d'acord amb les directrius i estratègia de la Conselleria de Sanitat i Consum i l'Osakidetza (Servei Basc de Salut).

Aquests òrgans de governança s'encarreguen de:

- Determinar amb les organitzacions locals rellevants les fites estratègiques comunes.
- Establir connexions amb els agents sanitaris, socials i/o comunitaris rellevants.
- Fornir a la població de cures proactives i planificades, en funció del seu nivell de risc, i no només d'assistència reactiva. En aquest sentit cal assegurar que totes les organitzacions assistencials locals usin el mateix registre estratificat segons el risc de la població
- Definir conjuntament rutes assistencials horitzontals per als pacients, que a més de les rutes clíniques incorporen les rutes socials.
- Disposar d'un procés de monitorització/correcció continua del funcionament de tots els processos de coordinació.
- Redistribuir/redimensionar els recursos estructurals, econòmics i humans en funció de les necessitats.

A la participació ciutadana, malgrat considerar-la retòricament com un element clau, se li atorga un paper merament consultiu, del tipus òrgan assessor. De participació se'n preveu en la definició de la visió i estratègia del microsystema, a través de sessions de treball, grups focals o altres mètodes. Els agents socials que es considera que han de ser consultats són les empreses del món de la salut, les indústries en general, les escoles, els ajuntaments, les organitzacions relacionades amb el medi ambient i les entitats del tercer sector.

En darrer terme l'èxit del model de SILS-microsystemes reposa sobre un conjunt de recursos organitzacionals, tecnològics i relacionals que en molts casos no requereixen una inversió addicional, sinó una manera diferent d'utilitzar-los:

- Governança i lideratge local
- Suport des del nivell macro (normativa i creació de condicions per al canvi).
- Desenvolupament de Plans d'Intervenció Poblacional (PIPs).
- Ús eficaç de noves competències d'Infermeria.
- Empoderament del paper del contractador i finançador.
- Infraestructura tecnològica: Osabide (història clínica electrònica), E-rezeta-(recepta electrònica), Osarean (consell telefònic).

- Avaluació en funció de la consecució d'integració, amb incentius associats a la mateixa.
- Connexió i implicació de Salut Pública en intervencions de prevenció i promoció.
- Participació creixent dels clínics.
- Procés d'empoderament del pacient.

AVALUACIÓ DE RESULTATS

L'avaluació del procés de transformació del període 2009-2012, pel que fa a la nova estratègia de la cronicitat, ha donat com a resultat un estalvi de 28 m € anuals (exercici 2011), a través dels projectes següents:

- Osarean. L'atenció no presencial (atenció telefònica urgent, suport sociosanitari, telemonitorització) ha evitat desplaçaments innecessaris als ciutadans i ha generat estalvis importants al sistema.
- Historia clínica unificada. Ha estalviat en interconsultes no presencials (per correu electrònic, consultes de telemedicina i digitalització de la radiologia).
- Hospitalització a domicili. 12.500 pacients han rebut aquest servei, que en relació a l'hospitalització convencional suposa un estalvi mig superior als 700 €/pacient.
- Hospitals de subaguts. S'han produït més de 800 ingressos, amb un estalvi mig de 450 €/persona.

4.2.3. EL MODEL D'ATENCIÓ INTEGRAL I CENTRAT EN LA PERSONA: EL PROGRAMA ETXEAN ONDO

L'any 2011 el Govern basc va fer una opció clara pel model d'atenció integral centrada en la persona aplicat a l'envelliment, i per això va endegar el programa pilot denominat "Etxean Ondo" ("a casa" o "com a casa"), que és com la gran majoria de les persones grans del País Basc volen viure. El primer pas operatiu va ser la signatura d'un conveni amb la Fundació Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema) per desenvolupar un projecte pilot d'aplicació del nou model.

El programa, que va comptar amb la col·laboració de les diputacions forals i els municipis, el sistema sanitari, els proveïdors de serveis, els centres de recerca, universitats i entitats socials, preveia desenvolupar projectes d'investigació-acció de bones pràctiques, a partir del disseny i realització d'experiències en serveis d'atenció domiciliària i en institucions, en diferents territoris del País Basc. Es completava amb programes complementaris de formació i sensibilització, estudis

sobre els nous perfils professionals que es requeririen i de cost-efectivitat, així com anàlisis sobre els aspectes normatius.

Un altre objectiu important del programa era generar bones pràctiques de coordinació sociosanitària, aprofitant la confluència d'objectius de la Llei basca de serveis socials i la legislació sanitària, així com els documents sobre l'estratègia per afrontar la cronicitat a Euskadi i el document marc de línies estratègiques per a l'atenció sociosanitària.

El nou enfocament implicava un canvi radical de les polítiques implementades fins a aquell moment:

1. De l'atenció centrada en els serveis i les prestacions a l'atenció centrada en la persona, les seves necessitats, valors i aspiracions.
2. De la discapacitat i la dependència a les capacitats de la persona.
3. Del model medico-rehabilitador a un model biopsicosocial.
4. De decisions tecnocràtiques a l'autonomia i capacitat de decidir de la persona.
5. De les respostes reactives, compartimentades, uniformes i centralitzades a respostes àgils i flexibles, decidides per la persona entre diverses possibilitats des del territori i la comunitat.
6. De la resposta única, des de serveis sanitaris o serveis socials, a respostes transversals, especialment sociosanitàries.
7. De l'enfocament en l'atenció en les situacions de dependència a potenciar la prevenció i la promoció de l'autonomia.

Etxean Ondo es va desenvolupar essencialment en l'àmbit domiciliari²³, com un projecte pilot d'atenció domiciliària integral²⁴. L'objectiu era avaluar diverses fórmules per determinar quins serveis i amb quins models d'intervenció es garantia més eficaçment que les persones grans poguessin romandre a la seva llar amb la millor qualitat de vida possible, inclosa la participació i la inclusió social i comunitària. Aquestes experiències pilot utilitzaven metodologies innovadores (per

²³ Es varen realitzar a cinc localitats de Gipuzkoa (Donostia, Irun, Oiartzun, Zatautz i Tolosa) i a la Cuadrilla de Añana (Araba). Formada per deu municipis d'àmbit rural.

²⁴ L'ajuda a domicili (SAD) es va aplicar en un sentit ampli, com "el programa personalitzat, de caràcter preventiu i rehabilitador, en què s'articulen un conjunt de serveis i tècniques d'intervenció professionals consistents en provisió de serveis, atenció personal (física i psicossocial), gestió, funcionament i adequació de la unitat convivencial, foment de les relacions socials en l'entorn i suport a la família, prestat en el domicili i en l'entorn d'una persona adulta en situació de fragilitat o de dependència" (Rodríguez, P. 2011).

exemple la gestió de casos) i, a més de l'atenció a la persona i el suport en el domicili, incloïa possibles serveis de proximitat complementaris (menjar, bugaderia, podologia, perruqueria, biblioteca, etc.), entorn accessible (consideració específica de les zones rurals), teleassistència avançada (telemedicina, consell i assessorament professional, etc.), suport a les famílies cuidadores (programa *Acompaña*²⁵, programa *Sendian*²⁶ i altres d'ajuda i descans), participació social i comunitària, promoció de la salut, autocura i control de la pròpia vida.

Pel que fa a l'atenció institucionalitzada, les experiències es van centrar en centres residencials i de dia, on es van dur a terme accions per reduir i/o eliminar les restriccions o contencions físiques o químiques, accions per minimitzar els riscos de caigudes (prevenció i atenció), intervencions terapèutiques basades en la vida quotidiana (participació de l'usuari, activitats, sortides del centre, etc.), anàlisi observacional (substitució de la informació verbal) i històries de vida (biografia de la persona, aficions, gustos, preferències, etc.). Un element fonamental d'aquest tipus d'atenció són les unitats de convivència, que es basen en el "model llar" (*housing*)²⁷, molt estès en els països del nord d'Europa i d'Amèrica. En cada una d'aquestes unitats hi viuen entre 12 i 15 persones, que disposen d'espais comuns, com cuina i sala d'estar, i habitacions individuals per a cada resident. La posta en marxa va exigir diferents modificacions: a) en la vida quotidiana de les persones, a partir de les seves preferències i gustos, mitjançant activitats amb valor terapèutic, sentit i significat per a elles; b) organitzatives, relacionades amb la formació, dedicació i ordenació del personal; c) ambientals, d'adequació dels espais físics (habitacions, sales, passadissos, menjadors) i en el seu equipament i decoració, amb la participació dels usuaris, els professionals i els familiars.

25 Aquest programa s'adreçava de manera especial a les persones que rebien prestació econòmica de la LAPAD per ser ateses en l'entorn familiar, amb l'objectiu de garantir el seguiment del cas, verificar la qualitat de l'atenció i oferir formació, assessorament i suport en el propi domicili a la persona cuidadora.

26 Programa de suport les famílies amb persones grans amb dependència de la Diputació Foral de Gipuzkoa: <http://www.gipuzkoa.eus/gizartekintza/sendian/>

27 Es considera que aquest model requereix de l'atenció centrada en la persona i d'un disseny d'ambient casolà que incorpori allò terapèutic amb allò quotidià i que tingui l'autonomia com a valors social. Veure Mayte Sancho (2012).

L'**avaluació** de l'aplicació del model a través del programa **Etxean Ondo** mostra els resultats següents:

- a) **Avaluació tècnica.** Les hipòtesis de l'avaluació de l'atenció domiciliària²⁸ es va centrar en si els resultats obtinguts en qualitat de vida i satisfacció percebuda per les persones grans i les seves famílies eren superiors en relació al període anterior. Per això es van establir dos grups, el Grup Experimental (GE) o d'intervenció i el grup control (GC), que eren equilibrats en edat i sexe. Alguns dels resultats són indicatius de certs canvis: el GE disminueix en les capacitats funcionals; l'augment en qualitat de vida es superior en el GE en relació al GC; disminueixen els indicadors de depressió en el GE, mentre que es mantenen en el GC. Pel que fa als cuidadors, cal remarcar que, segons la seva percepció, en el cas del GC augmenta la freqüència del *sentir-se atrapat* i la de que el seu familiar *estaria millor en una residència*, en comparació amb els del GE que augmenta menys la primera i disminueix fins a l'efecte sòl en la segona. Pel que fa a les comparacions entre els efectes produïts després de la intervenció en alguns aspectes experimentals claus, cal destacar els següents: els casos de GE que han gaudit del programa Acompanya milloren la qualitat de vida, disminueix la seva percepció de solitud i els indicadors de depressió, millora l'estat d'ànim i es redueix la sobrecarrega del cuidador²⁹. Aquest resultat, que no són significatius a nivell estadístic, mostren una pauta que no es dona en el GC; tanmateix, caldria fer estudis amb més aprofundiment i amb mostres més amples per corroborar els esmentats efectes positius, especialment del programa *Acompanya*.

En les avaluacions continuades realitzades a les experiències institucionals³⁰ s'han constatat millores significatives en la qualitat de vida dels residents, especialment les persones amb major deteriorament cognitiu³¹. Pel que fa als familiars, s'ha observat la incorporació progressiva a les activitats quotidianes i que han millorat el grau de satisfacció en els qüestionaris aplicats. Segons l'avaluació externa, els professionals reflecteixen un millor funcionament (interacció

28 Es segueix el sistema i resultat de les darreres experiències efectuades en els municipis de la Cuadrilla de Añana.

29 Les avaluacions corresponen als centres residencial i de dia de la Fundació Matia i al Centre residencial Lamorous Gerozerlan, ambdós de Donostia.

30 M. Sancho y P. Díaz (2014), pp. 6-7.

31 García Soler, et al. (2014) "Efectos de la implantación..." Díaz Veiga, P., Sancho, M. (2011) Unidades de convivencia...).

amb els residents, grau de disponibilitat i d'activitat) en les unitats de convivència experimentals respecte a les que es desenvolupen en el model d'atenció tradicional. En general les intervencions han estat valorades com a satisfactòries per tots els implicats (residents, familiars i personal), i no han suposat cap increment en el grau de burnout dels professionals de atenció directa.

- b) **Avaluació econòmica.** Només es disposa de dades referents a l'atenció residencial³² basades en la comparació de dos grups, l'experimental (GE) i el control (GC), durant el període 2011-2013, en què es van analitzar les intervencions relatives a l'adaptació i millora dels espais físics, la formació del personal i l'increment de ratis d'atenció dels professionals, comparant si la intervenció experimental resulta més cara o no, així com les millores pels atesos, tenint en compte només els recursos que es consideren afectats per la intervenció i no el conjunt de costos.

L'avaluació econòmica d'aquesta experiència en centres residencials ha detectat un augment dels costos d'atenció social i sanitària prestada en el centre de 5,57 €/dia i 1.961 €/any, que suposa un increment del 5,25 %, que es redueix si s'inclouen les visites a urgències i les estades hospitalàries a 5,15 €/dia i 1.877 €/any, que suposa un increment del 5,02 %. Així l'anàlisi de l'increment de costos mostra com augmenten en serveis socials en un 7,37 % (rati auxiliar 87 %, monitor activitats 6 %, modificació entorn físic 3 % i altres 4 %) i com, en canvi, es redueixen en salut (fàrmacs 84 %, hospitalitzacions 8 %, visites urgències 1%), i en els serveis de llenceria (4%) i de neteja (3%). El resultat global d'increments i reduccions de costos en implantació, manteniment i usos suposa un 7,37% d'increment en serveis socials i un 2,23% de reducció en salut, fet que en conjunt suposa un augment de poc més del 5%. Pel que fa a l'efectivitat del programa sobre la qualitat de vida de les persones usuàries, si ens fixem en les persones amb un deteriorament cognitiu greu, utilitzant l'escala Qualid, ofereix el resultats següents: GE -4,45 i el GC 11,83 (en aquesta escala la puntuació més elevada suposa menor qualitat de vida). Pel grup amb deteriorament cognitiu lleu, es va aplicar l'escala Fumat, i el resultat fou de 5,78 pel GE i -8,42 pel GC (en aquesta escala la puntuació més elevada indica major qualitat de vida). En conjunt, el resultat és que

³² Exposició de Joseba Zalacain, Director del SIIS, sobre la "Evaluación económica del modelo Etean Ondo en Residencias", presentada a les Jornades "Futuro de los nuevos modelos de atención en envejecimiento". UPV. Donostia, 30 de juny i 2 i 2 de juliol de 2014.

el canvi de model suposa una millora substancial de l'efectivitat a canvi d'un petit increment del cost. Segons aquest estudi, la rati cost-efectivitat incremental (RCE), que correspon al cost en euros per cada punt de millora de la qualitat de vida és el següent: en els casos de deteriorament cognitiu greu 183,5 € i en els casos de deteriorament cognitiu lleu, 187 €.

- c) **Avaluació jurídica.** Es va constatar que, si bé els principis i els drets bàsics de la legislació analitzada concorden amb els del model d'AICP i exigeixen la seva aplicació, les disposicions reglamentaries d'aplicació encara no s'han ajustat al nou paradigma i moltes d'elles dificulten seriosament la seva aplicació. Aquesta situació es posa de relleu quan es detecten possibles conflictes derivats principalment de valorar la seguretat per damunt de l'autonomia i la llibertat de decisió de les persones, així com de l'aplicació del model tradicional a l'estructura dels catàlegs/carteres de serveis, que estan centrades en les prestacions i serveis i que mostren una compartimentació i rigidesa que perjudica l'adaptació a les decisions de la persona.

5. Catalunya: antecedents i panorama de la situació actual

Els antecedents de l'enfocament sociosanitari a Catalunya els podem situar l'any 1986, quan la Generalitat va crear el programa "Vida als anys d'atenció sociosanitària a la gent gran amb llarga malaltia", que va ser pioner i va arribar a ser referent a nivell de l'Estat. La seva finalitat era planificar i coordinar les actuacions del Departament de Sanitat pensades per a aquelles persones que necessitessin "un tractament mèdic prolongat integrat amb la prestació de serveis socials específics de la vellesa". "Vida als anys..." va néixer molt lligat a la reorganització sanitària i el seu desenvolupament no va ser fàcil. És simptomàtic que al document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya de l'any 1991 es fes ressò de les resistències socials i de determinats professionals respecte al model establert i mostrés la preocupació per desmedicalitzar aquests serveis, tot prioritzant els recursos no institucionals (fonamentalment els programes d'atenció domiciliària i les places d'hospitalització de dia) i comunitaris.

Uns anys més tard, al 1999, es va crear la Xarxa de Serveis Sociosanitaris d'Utilització Pública a Catalunya i l'any següent es va crear la divisió d'atenció sociosanitària, dins de la Conselleria de Sanitat. Posteriorment es van anar desplegant els diferents elements constitutius de la mateixa (autorització, estàndards de qualitat, unitats de valoració, trastorns cognitius i cures pal·liatives). L'anàlisi d'aquesta legislació mostra com, tot i que fa algun esment als serveis socials, aquest àmbit sempre va estar, formal i substantivament, dins el sistema sanitari. En aquests anys es van anar estructurant els recursos en serveis d'internament de mitjana o llarga estada, d'atenció ambulatoria i equips de valoració i suport, dins el sistema sanitari català.

Han hagut de passar bastants anys perquè es posés sobre la taula una reforma del model. Per acord del Govern de la Generalitat de 25 de febrer de 2014 es va crear el Pla Interdepartamental d'Acció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), amb la intenció explícita d'avançar en la col·laboració entre el Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família. Al cap de mig any un segon acord concreta les directrius i els objectius estratègics del Pla. Es tracta, sobretot, de millorar la interacció entre els diversos serveis dels sistemes sanitari i social: en primer terme, entre les residències assistides de gent gran i de persones amb discapacitat, l'atenció primària i comunitària a la salut, els centres sociosanitaris i els hospitals d'aguts; en segon terme, entre la xarxa d'atenció especialitzada de salut i la xarxa de serveis socials bàsics; finalment, entre els àmbits sanitari i social de la xarxa de salut mental. També es busca una millor adequació de la llarga estada sociosanitària i de salut mental. Finalment, el Pla es dota d'un model de governança i gestió, a través d'una estructura complexa, que contempla òrgans de govern i de direcció, comitè operatiu, consell assessor i consell de participació. Des del PIAISS s'han elaborat una sèrie de documents programàtics, entre els quals destaquen les "Bases conceptuals del model català d'atenció integral social i sanitària", el "Full de ruta 2014-2016" i el "Projecte 2014-2015".

El model català que dibuixa el PIAISS proclama genèricament el seu caràcter territorial, materialitzat a l'entorn dels serveis de base comunitària i la responsabilitat compartida entre els agents del territori, des d'on s'han de definir les rutes assistencials integrades, l'estratègia compartida d'atenció domiciliària o els mecanismes de treball multiprofessional. Les condicions de partida, però, no són fàcils, i

de moment no es preveu una integració orgànica dels àmbits sanitari i social. L'enorme complexitat de l'organització territorial catalana –amb 3 capes d'ens locals- i la no coincidència en el desplegament territorial de les conselleries de Salut i de Benestar Social i Família dificulten la coordinació i la col·laboració entre ambdós sistemes.

La sanitat catalana va concretar en el seu moment en els anomenats "governos territorials de salut" (Generalitat de Catalunya, Dept. de Salut, 2010), un model de governança relacional que incorpora els diferents actors responsables de la provisió de serveis de salut i socials, els ciutadans i les entitats que els representen, per tal d'adequar les polítiques sanitàries i l'oferta de serveis sanitaris i socials a les necessitats de la població i les peculiaritats de cada territori. Per la seva banda, la Llei de Serveis Socials va crear el Consell de Coordinació de Benestar Social, en el qual hi participen els diferents sistemes (salut, educació, habitatge, treball, etc.) i els governs locals; la composició d'aquest òrgan deixa ben clar que els serveis socials no es relacionen únicament amb sanitat, sinó també amb altres àrees del benestar.

En la pràctica, però, la coordinació interdepartamental, i fins i tot la intradepartamental és encara una assignatura pendent de la Generalitat de Catalunya i de les administracions públiques del país en general. Hi ha veus que afirmen que aquest fenomen ha anat a pitjor, i que s'han perdut bones pràctiques pel camí. En l'àmbit que tractem aquí el que tenim és una multiplicitat de plans i programes, sovint desconnectats entre ells, i una complexitat molt més gran encara si ens referim als dispositius, instruments i procediments que s'arriben a interposar entre el servei i la persona que el necessita. Si tenim en compte, a més, que la major part dels usuaris potencials són persones que viuen en situacions de relatiu aïllament i falta d'informació (per l'edat molt avançada i/o per manca de recursos), hem de pensar que ben sovint el sistema d'atenció no arriba a qui ha d'arribar, ni en les condicions en què hauria de fer-ho.

I no és perquè no s'hi destinin recursos. Si prenem com a referència tots aquells programes de la Generalitat de Catalunya adscrits d'una forma o altra –si més no nominalment- a l'atenció de les situacions de cronicitat, la xifra resultant en el pressupost consolidat de la Generalitat de Catalunya per a l'any 2014 és de 10.224 milions d'euros, dels quals un 83% corresponen al Departament de Salut, un 16,5% al de Benestar Social i Família i un 0,5% al d'Economia i Coneixement. Val a dir que, en conjunt, la xifra suposa el 28,3% del pressupost total de la

Generalitat de Catalunya (Salinas i Vilalta, 2014:14-15). És cert que una part considerable de les despeses del Departament de Salut atribuïdes a l'atenció a la cronicitat en realitat es dediquen a altres coses. Aquesta és una qüestió que segurament està en l'arrel del problema, però hores d'ara no es disposa del tipus d'informació segregada que ens permetria fer un dibuix més acurat de la situació.

Pel que fa al programa específic del SAAD (Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència), el cost global i la distribució estimada del finançament a finals del 2014³³ a Catalunya era 1.163.947.399,58 € finançats el 61,7 % per la Generalitat, el 17,0 % pel copagament dels usuaris i el 15,9 % pel Govern Central³⁴.

6. Perquè ara és el moment de canviar el model

Víctor Hugo va deixar escrit que "no hi ha res més poderós que una idea a la que li ha arribat el seu moment". Probablement, poques situacions serien tan propícies com l'actual per fer bona aquesta afirmació del poeta i dramaturg francès. No podem esperar més, i el cert és que Catalunya ja comença a fer tard per adoptar aquest canvi d'enfocament envers l'atenció a les necessitats socials i sanitàries de la seva població (al igual que li passa a molts països occidentals, d'altra banda).

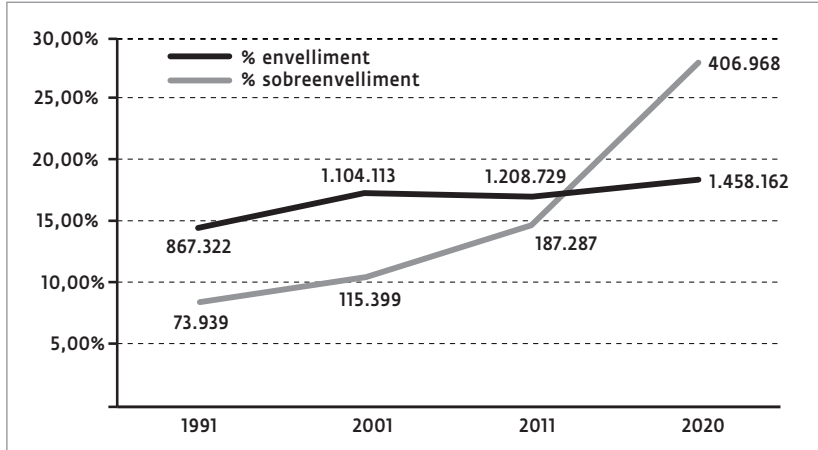
La principal raó que motiva aquesta afirmació és, simplement, la dimensió del repte assistencial que afrontem. La seva magnitud, tant des del punt de vista quantitatiu com des del qualitatiu, no permet que ningú pugui pensar de forma realista que en tindrem prou amb seguir la tàctica de fer meres "adaptacions" o "optimitzacions" dels nostres sistemes sanitari i social, en comptes de veritables transformacions. D'altra banda, aquest ha deixat de ser un repte imminent, per passar a ser una situació en la que des de fa ja uns anys ens hi veiem immersos.

33 Asociación estatal de directores y gerentes en servicios sociales. XIV Dictamen del Observatorio, enero, 2015. Consultable a <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XIV%20DICTAMEN%202015%20ENERO%20EVOLUCIONINTERANUAL%20COMUNIDADES%20AUTNOMAS.pdf>

34 En el mateix període al País Basc el cost global va ser de 480.910.239,76 € finançats el 72,2 % pel Govern Basc, el 16,4 % per copagament dels usuaris i l'11,4 % pel Govern Central.

Observem detingudament la següent gràfica, que té la gran virtut d'explicar-se per si mateixa, sense requerir gaire més explicacions³⁵.

Figura 1. Evolució en percentatges d'envelliment i de sobreenvelliment. Catalunya, 1991-2020.



És important emfatitzar, abans de seguir, tres idees que considerem que cal no perdre de vista en cap moment a l'hora de valorar de forma realista i amb esperit pràctic com fer front a aquest repte assistencial que tenim, més que al davant, a sobre:

- la resposta a un repte d'una gran dimensió ha de ser també de dimensió suficient
- el gradualisme, tarannà que tradicionalment aporta prudència i seny a les actuacions complexes – com ho són clarament les d'aquesta reforma –, pot ser en aquests moments molt contraproductiu,
- la possibilitat de seguir finançant (via increment de l'endeutament), sense reformar, el desfasament entre necessitats pressupostàries i recursos econòmics disponibles ha deixat de ser (a més, quasi de cop) una alternativa realista, o en qualsevol cas ha deixat de ser una opció que depengui exclusivament de la nostra voluntat.

La conclusió evident que es deriva d'aquestes premisses és que, si fracassem en aportar una resposta a les noves necessitats -que sigui

³⁵ Font: PPAC – PIAISS, Generalitat de Catalunya. L'índex d'envelliment és la proporció de persones que tenen més de 64 anys sobre la població general. L'índex de sobreenvelliment és la proporció de les persones majors de 64 anys que tenen 85 anys o més.

suficient, arribi a temps, i amb un cost que guardi una proporció raonable amb les disponibilitats econòmiques actuals-, la variable que recollirà aquest desfasament entre necessitats i recursos serà amb tota probabilitat la d'una creixent (i desordenada) desatenció de necessitats bàsiques de la població que fins a la data estaven cobertes.

Hi ha dos motius addicionals importants que encara aguditzen més aquesta tensió, i reforcen la necessitat de no ajornar més l'abordatge de les reformes: primer, el fet que, segons tots els experts en atenció integrada, els rèdits en termes d'estalvi de recursos derivats de les reformes d'aquest tipus es produeixen essencialment a mig termini. Segon, el fet que la veritable magnitud del repte és encara superior a allò que es pot intuir de l'observació de l'anterior gràfica, perquè l'envelliment demogràfic és la variable amb més pes a considerar, però no l'única important. Les necessitats d'atenció estan creixent i creixeran també a causa d'altres factors, de salut i socials (la proliferació de malalties cròniques, la pobresa, l'exclusió social...) que potencialment afectaran persones de totes les edats³⁶. Hi ha una evidència cada cop més forta de l'existència d'un "gradient social", i d'una "etiologia social de la salut i la malaltia", més enllà dels factors biològics o d'atenció mèdica³⁷. Cal recordar, a més, que aquest camí és bidireccional: tenir bona salut significa per a moltes persones situar-se en un costat o l'altre de la integració social.

Enfront d'aquestes punyents necessitats de canvi també hi ha factors facilitadors. El primer té a veure amb la maduresa del discurs dins de l'entorn professional. Avui dia, i després d'un llarg recorregut, es pot dir que ja existeix un consens professional suficientment estès en relació a la necessitat d'adoptar una visió integrada dels problemes socials i sanitaris de les persones, i fins i tot hi ha una certa reclamació de passar a l'acció decidida sense més retards. Les conseqüències de decebre un cop més les expectatives creades dins de l'entorn professional,

36 La prevalença de malaltia crònica està augmentant "en tots els rangs d'edat", fenomen que poden il·lustrar bé els creixents problemes del neurodesenvolupament i de salut mental, d'asma o d'obesitat infantils, que estan patint les actuals societats occidentals, i que poden condemnar a moltes persones a una vida sencera de malaltia crònica. L'Enquesta de Salut de Catalunya (2013) mostra que en el període 2010-2013 el nombre de persones que tenien una o més malalties cròniques va experimentar un creixement d'un 24%, fenomen que, atesa la recent situació econòmica i social del país, ens permet indubtablement visualitzar la importància dels coneguts determinants socials de la salut.

37 Veure: Marisol Rodríguez, "Desigualdades en salud, priorización y listas de espera", Quaderns Fundació Víctor Grifols i Lucas, nº18, i l'estudi més extens "Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción", de la mateixa autora, Elsevier-Masson, 2008.

en cas que no hi hagués suficient voluntat política per dur a terme aquesta transformació, serien probablement molt importants.

En segon lloc, hi ha el factor econòmic. Els desequilibris, o es reformen o es financen, i el fet de no disposar amb facilitat de la segona alternativa té l'element positiu que ens obliga a abordar la reforma amb valentia. És innegable que (fins i tot amb reforma), hi haurà necessitat de recursos econòmics addicionals per respondre als reptes demogràfics i assistencials que afrontem, i a curt termini no seria realista (i per tant seria del tot ineficaç en la pràctica) fer descansar aquesta resposta sobre unes previsions d'ingressos substancialment superiors a les actuals. En efecte, malgrat el gran esforç en contenció pressupostària realitzat (i reduccions reals de despesa als darrers anys), amb el seu dolorós impacte en la societat, també és cert que la forta caiguda en els ingressos esdevinguda arran de la crisi no s'ha traslladat proporcionalment a la disminució de la despesa social, sinó que (sobre tot inicialment) aquella es va compensar amb un increment del deute. I això ja no és possible. En segon lloc, la proporció del pressupost de la Generalitat dedicada a protecció social, que supera el 70%, probablement no tingui gaire més marge important de recorregut a l'alça, si no es volen desatendre altres necessitats importants del país, com l'educació, la seguretat, l'administració de justícia, etc. No queden a l'abast gaire alternatives realistes a l'opció de distribuir i utilitzar millor els recursos disponibles.

7. Conclusions: Propostes per a la definició d'un model català de serveis d'atenció de continuïtat

7.1. Justificació i principis generals del nou model

El model d'atenció que volem per a Catalunya ha de partir del reconeixement i l'escrupolós respecte de la dignitat i autonomia de la persona, sigui quina sigui la seva situació en termes de vulnerabilitat i dependència. Això ens porta cap un sistema català d'atenció centrat en la persona i les seves capacitats, que promogui la seva autonomia tant en la configuració de la vida quotidiana com en la participació i decisió sobre el tipus d'atenció que vol rebre. Un sistema que incorpori sistemàticament la prevenció del risc sanitari i social, i que davant les necessitats d'atenció continuada i més o menys intensa, sigui capaç de donar respostes personalitzades, amb carteres de serveis flexibles i de

qualitat, amb la durada necessària i assequibles per a tots els pressupostos familiars.

Entenem que això només serà possible si la responsabilitat sobre l'atenció de la persona és compartida entre la pròpia persona beneficiària, la família, la comunitat (amics, veïns) i els poders públics (Generalitat i governs locals). Cadascú aporta al sistema d'atenció determinats recursos, que idealment es combinen i complementen per generar una atenció integral, eficaç i sostenible. En darrera instància, però, si fallen els altres actors, els poders públics ha d'estar en disposició d'ampliar el seu grau d'intervenció per garantir la dignitat i la qualitat de vida de la persona que necessita l'atenció.

Per norma general l'aportació de les administracions hauria de consistir en una oferta de serveis públics àmplia, que permetés encabir un procés clar d'informació i participació, així com un ampli grau d'elecció per part de cada persona beneficiària. Considerem que oferir serveis és, en general, millor que oferir una transferència monetària a bescanviar per serveis, ja que en el primer cas es genera ocupació formal i de certa qualitat, mentre que en el segon cas hi ha un risc elevat de què l'ocupació que es creï sigui informal, o que directament no se'n creï i les feines de cura siguin assumides completament per les famílies; és a dir, per les dones de les famílies. La transferència monetària es podria oferir en casos excepcionals i ben argumentats, amb la possibilitat d'anar-ho incrementant si s'aconsegueix reduir de forma efectiva tant el frau com la discriminació per raó de gènere.

Per tal que cadascú pugui assumir les seves responsabilitats en el sistema d'atenció i cura és important, en primer lloc, que es fomenti la participació activa de les persones en la prevenció de les situacions de dependència i la promoció de l'autonomia. El dret d'elecció de la persona s'ha de concretar a partir de l'equilibri entre el seu nivell d'autonomia, les seves necessitats i interessos, els criteris professionals i els recursos existents en el territori, buscant el consens entre totes les parts implicades.

Si la persona té dificultats per exercir aquest dret, se li han de facilitar l'acompanyament i els suports necessaris, d'acord amb el que estableix la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat i la normativa vigent. L'exercici del dret a l'autonomia de la persona ha de poder comportar també l'assumpció de cert nivell de risc calculat, inclús la renúncia a tractaments o serveis que li hagin estat prescrits, sempre que la persona afectada disposi de capacitat jurídica i d'obrar. En aquestes situacions caldria delimitar bé la responsabilitat de la

persona i les dels professionals que l'atenen. Quant a les famílies, és evident que cal "tenir cura d'aquells que tenen cura". És a dir, cal que s'ofereixin programes potents de suport, acompanyament i assessorament a les famílies cuidadores.

A partir d'aquí cal pensar en un ambiciós programa de modernització del sistema, amb la prioritat de garantir la continuïtat i la qualitat assistencial, la facilitat d'accés al sistema i l'ús equitatiu, eficient, sostenible i transparent dels recursos públics esmerçats. Això s'hauria d'anar concretant a través d'un conjunt de mesures, que afecten potencialment totes les parts del sistema, però de manera molt especial a la coordinació/barra integració dels nombrosos i diversos equipaments i serveis que el configuren. En aquest punt partim de la constatació que els problemes que estan al darrere d'una necessitat d'atenció continuada habitualment són multidimensionals i complexos. El seu abordatge requereix una visió integral, tant dels problemes como de les possibles solucions, que s'hauria de traduir, operativament, en enfocaments transversals del disseny i la implementació de les polítiques, programes i serveis. Ras i curt, qualsevol millora substancial del sistema passa perquè àmbits com salut i serveis socials, però també educació, treball, habitatge i d'altres, aprenguin a pensar i actuar conjuntament, tenint sempre com a marc de referència a la persona. Per aquesta raó dediquem el següent apartat a la reforma del model organitzatiu del sistema.

7.2. Reforma del model organitzatiu

Com ja s'ha comentat, no tan sols per consideracions d'eficiència i eficàcia, sinó també d'usabilitat, és essencial que el sistema sigui simple i fàcilment comprensible per als potencials usuaris i les seves famílies. S'ha d'insistir molt per vèncer l'aïllament i la falta d'informació de molts dels usuaris potencials. Per això pensem que el sistema hauria de tenir una porta d'entrada única, amb equipaments de referència (els actuals CAP o els Serveis Socials bàsics, per exemple) que integrin físicament els diversos serveis, així com també un sol procés de valoració de necessitats, que inclogués tots els aspectes rellevants, socials i sanitaris, de la persona. Això requereix, al seu torn, una excel·lent articulació d'equips, processos i instruments.

Un canvi de tal magnitud s'hauria de reflectir, necessàriament, a nivell polític i normatiu. A curt termini, però, no es proposa la fusió de les conselleries de Sanitat i Benestar Social, sinó una integració

estratègica i progressivament funcional de tots els departaments (i les polítiques!) de l'àrea social sota una mateixa i potent vicepresidència.

L'altra cara de la moneda d'aquest canvi –i segurament la més important- és la perspectiva territorial, basada en la proximitat. La pràctica professional demostra que els problemes lligats a l'atenció continuada es detecten i s'aborden molt millor en l'entorn en què les persones fan la seva vida quotidiana. Per altra part, el reconeixement de l'autonomia va molt lligat al principi de subsidiarietat. És per tot això que el model que proposem hauria de partir de i estar molt focalitzat en l'àmbit local.

La territorialització no és possible sense la reforma i reforçament dels ens locals, com a mínim per assolir els objectius que marca l'encara vigent Estatut d'Autonomia de Catalunya de 2006. En aquest sentit, cal desbloquejar d'una vegada la nova llei catalana de governs locals per, entre altres coses, blindar les competències dels ajuntaments en matèria de serveis socials i permetre una implicació significativa en l'àmbit de la salut. En definitiva, és imperatiu donar una resposta catalana amb cara i ulls a la ja esmentada LRSAL. En aquesta mateixa línia cal recuperar el projecte d'una "lleï catalana de l'autonomia personal, atès que aquest és un àmbit de competència de la Generalitat i podria ser el marc adequat per incorporar -com a mandats per als poders públics catalans- bona part de les reformes que el sistema necessita, començant pel reconeixement del dret subjectiu a l'atenció social en cas de valoració de necessitat objectiva.

Relligant l'enfocament territorial amb la necessitat de simplificació, les reformes haurien d'augmentar la unitat i la coherència del mapa administratiu català. D'una banda, unificant els mapes de desplegament territorial de les diferents conselleries de la Generalitat, ja que sense àrees d'intervenció comunes no es pot plantejar la integració funcional de plans i programes, equipaments i serveis, processos de valoració i accés, etc. De l'altra, assumint que la planificació i implementació de les polítiques públiques es faci, essencialment, a partir dos únics nivells d'actuació, un de central (Catalunya) i un altre de territorial/local, que normalment no podrà ser ben bé el municipi, ja que en la immensa majoria dels casos es tracta d'unitats sense prou massa crítica en recursos i en usuaris.

En aquest sentit, doncs, caldria determinar unes "àrees d'intervenció sociosanitària" que poguessin integrar funcionalment determinats processos i instruments (valoració, història sociosanitària, barems, referents de seguiment, etc.), així com gestionar conjuntament determinats

serveis i prestacions de les corresponents carteres. Un mapa ja dissenyat i que sembla raonable quant a l'extensió i volum poblacional de les possibles àrees és el dels 37 governs territorials de salut aprovat l'any 2006. A partir dels mandats legislatius i de les directrius del Govern de la Generalitat, cada àrea hauria de fer-se càrrec, en el seu territori, de la planificació estratègica –de forma participativa–, la gestió dels recursos, la coordinació dels serveis públics i privats, l'avaluació dels resultats i la rendició de comptes.

Fins ara aquest intens treball conjunt territorialitzat de les conselleries de Salut i Benestar Social i Família s'ha fet sense la creació de nous ens amb personalitat jurídica pròpia en el territori. S'ha intentat avançar mitjançant el treball en xarxa, fixant líders i objectius compartits, gestionant conjuntament determinats serveis del nivell primari i especialitzat, unificant determinats processos i instruments de valoració, l'accés als serveis, les avaluacions, etc. I sempre sobre la base d'un important consens professional. Certament no és tasca fàcil millorar la coordinació i encara menys avançar cap a la integració funcional de recursos i de serveis que formen part d'organitzacions diferenciades; diferenciades en perfils i lògiques professionals, en criteris d'èxit, en mecanismes de rendició de comptes, etc. Només es pot aconseguir si conscientment s'assumeix una cultura de la col·laboració i la concertació, en la qual són normals les aliances; el sacrifici d'una part de la independència en benefici d'una efectivitat conjunta més gran.

Tanmateix, com en el cas d'Escòcia, el recorregut d'aquests darrers anys ha demostrat –també a Catalunya– les limitacions de la integració no formal i del treball en xarxa voluntari. Per això considerem que caldria fer el pas de crear, en cada àrea sociosanitària, una "autoritat d'integració", participada a parts iguals per sanitat i per serveis socials (incloent Generalitat i ens locals), i dotada d'un model de governança que permeti articular i visibilitzar lideratges territorials/locals sense sacrificar la participació de professionals, usuaris i ciutadania en el seu conjunt. Les competències referides a l'atenció de continuïtat haurien de ser transferides a aquestes autoritats, les quals haurien de rendir comptes davant el Govern de la Generalitat i el Parlament de Catalunya.

Als professionals –una baula clau de tot el sistema– se'ls demana fer un gran pas. Enriquir i en ocasions modificar la cultura professional heretada, guanyar en polivalència, compartir lideratges i projectes. En el cas dels serveis socials les necessitats de canvi són fins i tot

més grans: els cal una profunda reforma conceptual i organitzativa per poder afrontar eficaçment els reptes actuals de la societat.

També és necessari considerar que tots els projectes en innovació i implementació d'estratègies d'atenció integrada basen gran part del seu èxit en el lideratge professional. Ignorar el potencial del lideratges naturals és, segurament, la manera més ràpida de fracassar. Parlem aquí de professionals de referència i compromesos amb el nou model, capaços d'aportar el seu talent per generar respostes d'atenció factibles, escalables, realistes, amb bon criteri territorial i basades en les millors pràctiques. És l'ascendent d'aquests lideratges, exercits de manera distributiva i amb voluntat d'implicar tothom, el que pot fer que el procés integratiu sigui creïble i acceptat per part dels col·lectius assistencials de base.

Tots aquests canvis van necessàriament associats a un fort impuls a la capacitació de la pràctica professional, així com a la introducció d'incentius (monetaris i d'altre tipus) a la innovació i al treball ben fet. També requereixen fer un pas endavant en la definició de nous perfils professionals, adaptats a les necessitats d'un Estat que vol fer un ús òptim dels recursos públics. D'una banda caldria definir el tantes vegades proposat model de direcció pública, configurat per persones que, nomenades estrictament per la seva vàlua professional, poden afegir un plus de visió i compromís polític que els capacita per relligar les dimensions política i tècnica de l'administració. De l'altra, la figura del gestor o gestora de cas, especialment indicada per tractar situacions d'alta complexitat i/o situacions de risc social. Aquesta funció l'haurien de poder assumir tant professionals de serveis socials com de sanitat, i s'assignaria segons la necessitat principal.

Finalment, en la reforma del model organitzatiu un altre capítol fonamental és el dels sistemes d'informació. No només cal garantir la inter-operabilitat d'ambdós sistemes d'informació, el social i el sanitari, sinó assolir una estratègia compartida d'ambdós, que alhora es vinculi i s'encaixi en l'estratègia més global del Consorci de l'Administració Oberta de Catalunya (AOC). Aquest nou model serà sobretot útil per a les persones ateses, que seran les principals beneficiàries d'aquesta integració.

7.3. Finançament: Mancances i equilibris

La mirada comparativa dels casos escocès i basc ens situa davant la dolorosa constatació del significativament més baix nivell de despesa per càpita del cas català. El principal factor explicatiu d'aquesta situació és l'infrafinançament de l'autonomia catalana, tot i que en el pressupost de la Generalitat hi hauria d'haver marge per redistribuir entre conceptes de despesa. Tot i ser conscients dels límits estructurals d'ambdues mesures, considerem que Catalunya ha de disposar d'una dotació de recursos públics més ajustada a la seva capacitat econòmica i aportacions fiscals, i també ha de donar més prioritat a la despesa social.

Per garantir el finançament dels serveis de la xarxa de responsabilitat pública s'hauria d'anar cap a fórmules de capitació de base territorial i/o relacionades amb els objectius de salut i benestar fixats pel Govern de la Generalitat. El finançament caldria resoldre'l tractant els sistemes social i sanitari com un conjunt, i buscant una assignació capitativa vinculada als nivells de renda i de patrimoni.

El grau de participació directa ciutadana (més enllà de la tributació general per impostos directes i sobre el consum) en el finançament d'uns serveis socials i sanitaris que estaran cada cop més integrats, tant en la seva provisió com en el seu finançament, no pot ser abordat, per la mateixa lògica, en compartiments estancs. Aquest esforç impacta sobre els mateixos pressupostos familiars, i el fet de no "integrar" i aplicar una visió més global a l'esforç econòmic directe dels ciutadans envers la seva pròpia salut i benestar, inevitablement planteja interrogants no tan sols sobre l'eficiència sinó també sobre l'equitat global del nostre sistema de protecció social.

Dit això, també considerem que la proposta d'equiparació de drets entre el sistema sanitari i el de serveis socials, amb les conseqüents modificacions competencials, exigeixen un reequilibri del finançament entre ambos sistemes, a partir de l'estudi acurat dels seus costos i de les diverses fonts de finançament. Un dels aspectes de l'esmentat desequilibri que en un punt o altre de la reforma caldrà tenir en compte són les diferències de les condicions laborals i salarials d'ambdós sistemes.

Pel que fa a les aportacions dels usuaris dels serveis s'hauria de donar més coherència i transparència al co-pagament, reequilibrant també els nivells dels copagaments sanitaris i socials. La persona beneficiada, i en el seu defecte els seus familiars si disposen de possibilitats econòmiques, haurien de contribuir a cobrir les despeses no

assistencials de l'atenció, és a dir, aquelles referides a l'hostaleria (menjar, rentar roba, etc.), no tant amb l'objectiu de reduir la despesa del sistema, sinó de dotar-lo de més coherència i equitat globals.

Arribats a aquest punt, creiem pertinent reconèixer expressament que l'aplicació efectiva d'aquest model amb visió integrada social i sanitària implicarà, en la pràctica, la necessitat d'impulsar com a mínim dos fluxos econòmics quantitativament importants:

- Un flux vertical, dins de l'actual pressupost sanitari, probablement des de l'atenció especialitzada cap a la primària i sociosanitària, i
- un flux horitzontal, des de l'actual pressupost sanitari cap al social i el dels ens locals, especialment en tot allò relacionat amb l'atenció domiciliària i comunitària, l'àmbit residencial i els centres de dia.

Qualsevol reforma que no inclogui, i en quantia suficient, fluxos econòmics en aquestes direccions és difícil que garanteixi una efectiva aplicació de models d'atenció integrada.

En definitiva, caldrà treballar per formular en el futur una proposta de participació ciutadana que contempli una visió global de la despesa i l'accés i utilització dels dos serveis, per aconseguir els majors graus d'eficiència possible en l'ús dels recursos, alhora que reforçant la cohesió social i l'equitat en el finançament del nostre Estat del Benestar.

7.4. Governança del sistema i participació de la societat i del tercer sector

Un model d'atenció de responsabilitat compartida, tal i com ha estat definida al punt 71., requereix d'una articulació constructiva, innovadora i de confiança de les relacions entre els àmbits públic i privat, basada sobretot en la confiança. Si bé pertoca al sector públic, a través de les seves diverses organitzacions (conselleries, ens locals, ens autònoms...), liderar la política pública, s'hauria de preveure la participació habitual i normalitzada de la societat en les diferents fases de la mateixa (diagnòstic, planificació, producció, avaluació). És important sobretot la participació de les entitats sense ànim lucre de base local i/o d'aquelles que representen col·lectius de persones vulnerables i/o d'usuaris i usuàries dels serveis. També, a un altre nivell, a les entitats i empreses proveïdores de serveis en general, i especialment d'aquelles que compleixen determinades clàusules socials.

L'externalització de la producció dels serveis té sentit si l'entitat contractada pot aportar elevats nivells d'expertesa, compromís i flexibilitat. En tot cas l'externalització s'hauria de fer sempre de manera

transparent i a partir de criteris basats en la qualitat del servei i en l'evidència sobre l'eficàcia i l'eficiència.

No pot haver-hi participació ciutadana de qualitat, sense un fort compromís amb la transparència sobre els recursos, els processos i els resultats del sistema. La transparència es garanteix mitjançant l'avaluació efectuada per organitzacions independents i amb incorporació de la ciutadania. Si les avaluacions són sòlides i els resultats es fan públics, el sistema esdevé més creïble, i més capaç de millorar, a través de l'aprenentatge de les bones i les males pràctiques. I més enllà de la transparència i de l'avaluació participativa, cal promoure debats de fons sobre el sentit i els límits de la intervenció pública, a través de comitès i espais de reflexió ètica, especialment en l'àmbit de la intervenció social, coordinats pel Comitè d'ètica dels serveis socials i el Comitè de Bioètica de Catalunya.

Les entitats que configuren la Taula del Tercer Sector Social de Catalunya, partint de la seva implicació cívica i solidària amb els col·lectius més vulnerables i la seva voluntat de contribuir a l'interès general, vol ser un agent actiu per l'impuls d'aquests canvis, participar-hi i ser-ne co-responsable. És per això que ha impulsat l'elaboració d'aquest treball.

8. Bibliografia

General:

- Adelantado, J., Couceiro, M. Iglesias, M. y Soto, J. (2013): "La dimensión simbólica, sustantiva y operativa en las políticas autonómicas de servicios sociales en España (1982-2008)"; Zerbitzuan, núm. 53, VI-2013, pp. 41-56.
- Agranoff, R. (2010): "Local Governments and their Intergovernmental Networks in Federalizing Spain"; Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2013): "El enredo del espacio sociosanitario. Las personas más frágiles necesitan servicios sanitarios y sociales coordinados", Madrid: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, disponible a: <http://www.directoressociales.com/images/documentos/novedaddiscusion/El%20enredo%20del%20Espacio%20Socisanitario%201.pdf>
- Martínez, T. (2014): "La atención personalizada en los servicios gerontológicos", a: P. Rodríguez i A. Vilà (coord.) (2014): "Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona", Madrid: Tecnos.
- Rodríguez Carero, G. (2014): "Los sistemas públicos europeos de atención a la dependencia", a: Rodríguez, P. i Vilà, A.: "El modelo de atención integral y centrada en la persona", Madrid: Tecnos.
- Rodríguez, P. (2013): "La atención integral y centrada en la persona". Papeles de la Fundación, nº 1, Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Sancho, M. y Díaz Veiga, P. (2014): "Aplicaciones prácticas del modelo de atención centrado en las personas en ámbitos residenciales. El proyecto Etxean Ondo", Actas de la dependencia, núm. 11, Fundación Caser. Disp. A: http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/msanchoydpdiaz_etxeanondo.pdf

Catalunya:

- Gallego, R. i Subirats, J. (dirs.) (2011): "Autonomies i desigualtats a Espanya: Percepcions, evolució social i polítiques de benestar", Con(textos)A/13, Barcelona: Institut d'Estudis Autonòmics.

- Generalitat de Catalunya (2014): "Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Full de ruta 2014-2016", Resum executiu, versió 5, 6.5.2014.
- Generalitat de Catalunya (2014): "Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Projectes 2014-2015", 20 de setembre de 2014.
- Generalitat de Catalunya (2014): "Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Proposta de document de bases conceptuals del model català d'atenció integrada social i sanitària", 28 de setembre de 2014.
- Generalitat de Catalunya (Dept. de Salut) (2010): "Els governs territorials de salut, un model de proximitat", Barcelona: Servei Català de la Salut.
- Salinas, P. i Vilalta, M. (2014): "Anàlisi de la despesa del sector públic català dedicada a l'atenció de situacions de cronicitat"; informe de recerca (no publicat).
- Viguera, Lluís (2013): "La cronicitat, una reforma clau per al nostre sistema de protecció social", Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, Col·lecció 'dossiers del Tercer Sector', núm. 30, octubre de 2013.

Escòcia:

- APS Group Scotland (2011): "Commission on the Future Delivery of Public Services"; www.publicservicescommission.org
- Audit Scotland (2011): "Review of Community Health Partnerships"; Report prepared for the Auditor General for Scotland and the Accounts Commission.
- Curry, D. (2013): "Devolution and Governance Effects on the Ground: Adaptation in Scotland's Local Governments, Large and Small"; International Conference on Public Policy, Grénoble, June 2013 http://www.icpublicpolicy.org/IMG/pdf/panel_49_sl_dion_curry.pdf
- Edinburgh City Council, Corporate Policy and Strategy Committee (2014): "Summary of the Draft Regulations to support the Public Bodies (Joint Working) Scotland) Act 2014".
- Elvidge, J. (2011): "Northern Exposure – Lessons from the first twelve years of devolved government in Scotland"; InsideOUT, A series of personal perspectives on government effectiveness, Institute for Government.
- Joseph Rowntree Foundation, JRF (2002): "Devolution: Challenging Local Government?"; Foundations, Analysis forming Change; octubre 2002.

- Scottish Council for Voluntary Organisations (2014): "SCVO response: The Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act, 2014 - Draft Regulations".
- Scottish Leaders Forum (2011): "Changing the World. An Approach to Public Services Improvement in Scotland. The Strategic Context".
- The Scottish Government (2013): "Final Business and Regulatory Impact Assessment. Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Bill".
- The Scottish Government (2013b): "Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Bill. Equality Impact Assessment Results. Executive Summary".

País Basc:

- Departamento de Sanidad y Consumo (2010): "Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi", Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia-Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, disponible a: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-gkgnr100/es/contenidos/informacion/documentos_cronicos/es_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf
- Departamento de Sanidad y Consumo (2012): "*Transformando el sistema de salud*", Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia-Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, disponible a: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf
- Departamento de Sanidad y Consumo (2012): "Nuevo modelo de provisión de Euskadi: Sistemas Locales Integrados de Salud – Microsistemas y su gobernanza", Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia-Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, disponible a: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/adjuntos/gobernanza_web_oficina.pdf

AUTORS: **Ramon Canal i Toni Vilà**, investigadors de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Amb la col·laboració de: **Maite Vilalta** (UB), **Paula Salinas** (UAB) i **Joan Subirats** (IGOP-UAB); les persones següents del grup de treball socio-sanitari de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya: **Lluís Vígüera** (DINCAT), **Pilar Rodríguez** (FOCAGG), **Enric Arqués** (Fòrum Salut Mental), **Assumpció Ros** (FEATE), **Anna Pérez** (Sant Joan de Déu), **Susanna Roig** (Creu Roja), **Antoni Serratosa** i **Lara Bogñi** (FCVS), **Clara Rosàs** (FECEC), **Felisa Pérez** (FCD) i **Mònica Carrilero** (COCARMI); i **Toni Codina** i **Lluís Toledano** de l'equip tècnic de la Taula del Tercer Sector Social.

Barcelona, maig 2015.

Dipòsit legal: DL B 12509-2015

Edita: Taula d'entitats del Tercer
Sector Social de Catalunya



Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya

Rocafort 242 bis 2n
08029 Barcelona
T 93 310 57 07
www.tercersector.cat



En col·laboració amb:

ara.cat

Ateneu Barcelonès
A B C D E F G H I J K
L M N O P Q R S T U
V W X Y Z

En conveni amb:

