Atenció sociosanitària **Nou model**

Cap a una sanitat més social

La Taula del Tercer Sector pressiona perquè hi hagi serveis integrats entre benestar i salut i una sola porta d'entrada al sistema

LARA BONILLA
BARCELONA

Amb més del 75% de la població adulta amb alguna malaltia crònica, ha arribat el moment de canviar el paradigma sanitat versus serveis socials i avançar cap a la integració dels dos sistemes, ja que els recursos no creixen al mateix ritme que la demanda assistencial. Aquesta és la proposta que fa la Taula del Tercer Sector Social de Catalunya en un informe que demà presenta públicament i al qual ha tingut accés l'ARA.

Moment oportú

Més malalts crònics i menys recursos econòmics

L'envelliment de la població fa que cada dia les situacions de dependència, cronicitat i discapacitat siguin més freqüents i requereixin un abordatge sociosanitari. "Pensar només a curar símptomes no és suficient, fer una intervenció exclusivament sanitària és ineficient i provoca més despesa. Una bona política de suport domiciliari evita ingressos hospitalaris", diu a tall d'exemple Enric Arqués, codirector de la Fundació Joia i president del Fòrum de Salut Mental.

L'envelliment demogràfic, però, no és l'única variable. Les necessitats d'atenció continuada també creixeran per altres factors que afecten gent de totes les edats com ara la pobresa, l'exclusió social o les malalties. I no hi ha previsió de més recursos. La proporció del pressupost de la Generalitat per a protecció social no té gaires més possibilitats de créixer a mitjà termini. "És urgent. S'ha d'actuar sí o sí", diu Toni Vilà, investigador de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques de la Universitat Autònoma de Barcelona i coautor, amb Ramon Canal, de l'informe del Tercer Sector *Cap a una atenció integrada social i sanitària*. "Continuar com fins ara sense fer res té costos importants i no només econòmics", afegeix Arqués. Per a Carles Blay, director del programa de prevenció i atenció a la cronicitat de la Generalitat, la solució és canviar la manera d'atendre els ciutadans: sense distingir entre el que és sanitari i el que és social".

Finestreta única

Una sola porta d'entrada i un equip multidisciplinari

¿Però com es pot portar a la pràctica aquesta integració de serveis? El sistema, diuen, s'ha de simplificar i, per tant, cal una porta d'entrada única amb equipaments de referència: proposen que sigui als centres d'atenció primària (CAP) on s'integrin físicament els diversos serveis i es faci un sol servei de valoració. És a dir, que l'usuari no hagi de peregrinar per metges, infermeres i treballadors socials, sinó que un sol equip integrat per professionals d'aquests àmbits avaluï la seva situació.

El rol del professional

Crear una nova figura sanitària: el gestor de casos complexos

Les entitats del tercer sector són conscients que als professionals se'ls demana fer un gran pas, "modificar la cultura professional heretada". "No s'hauria de contractar més gent sinó formar els que tenim per treballar en equip. Els professionals de la sanitat i els de benestar social tenen cultures diferents, però això se supera treballant junts", assegura Vilà. S'aposta per definir nous perfils i impulsar la figura del gestor de casos per tractar situacions d'alta complexitat, una funció que podria exercir tant un professional de la sanitat com un dels serveis socials. "Ja s'han fet experiències a Osona i la Garrotxa i han sigut molt exitoses", explica Vilà, que no amaga, però, que hi ha cert recel entre els professionals.

Centrat en les persones

Fomentar l'autonomia i la presa de decisions del pacient

De pacient passiu a ciutadà actiu. El nou model promou passar de la prestació de serveis a la prestació de suports i fomentar l'autonomia del pacient. És a dir, que ell i la seva família agafin responsabilitats i decideixin també en tot el que fa referència a la salut. Això vol dir que s'hauran de respectar decisions com ara que el pacient renunciï a tractaments o serveis. S'ha de superar el rol del metge paternalista i el del pacient clientelar. Es tracta d'implicar la persona beneficiària, la família, els poders públics i, també, la comunitat. I la resposta ha de ser personalitzada per a cada cas. "S'està atenent patologia crònica múltiple de gent gran amb una estructura hospitalitzada i això és car, molest i ineficient", indica Arqués, que explica que atendre gent gran a urgències provoca que es descompensin cognitivament. Per això aposta per canviar el paradigma i fer medicina "preventiva, comunitària, a casa i més social". "L'especialització de la sanitat és tan gran que quan s'ha d'abordar la vellesa, amb més d'un òrgan afectat, la sanitat fracassa", assenyala Arqués. L'atenció domiciliària, sense haver d'ingressar, és l'element clau. "Tan important és que em resolguin un infart com que em cuidin quan estic sol a casa recuperant-me. Els pacients no distingeixen i, en canvi, la resposta que donem és fragmentada: benestar social versus sanitat, hospital versus primària", explica Blay.

El Tercer Sector també argumenta que cal passar del model reactiu –que cura– al proactiu –que fa prevenció–. "El dèficit de l'atenció primària és que no fa medicina preventiva quan la prevenció pot endarrerir el moment de la dependència", diu Vilà.

L'informe del Tercer Sector també alerta que a Espanya tornen a ser les famílies les que ciuden les persones amb necessitats d'atenció continuada, a la vegada que s'observa una mercantilització dels serveis socials amb l'expansió de les empreses amb ànim de lucre en detriment del tercer sector.

Coordinació
Descarten fusionar conselleries i proposen una vicepresidència comuna

Finançament

Copagament i universalització dels serveis, a debat

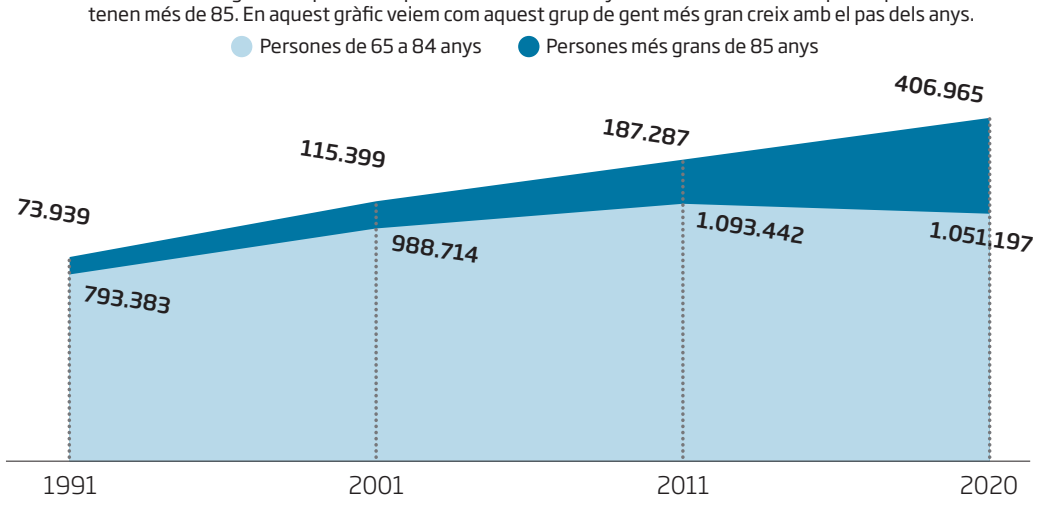
Per què donem per fet que la sanitat sigui pública i universal i, en canvi, acceptem que s'hagi de pagar per una plaça de residència? L'assistència sanitària és majoritàriament gratuïta mentre que la social s'ha de copagar. "Un és un dret garantit i l'altre està sotmès a la disponibilitat pressupostària", assenyala Enric Arqués, que demana que s'obri un debat sobre aquest tema. ¿S'han de pagar alguns serveis sanitaris? ¿Els serveis socials han de ser universals?

La asimetria entre els drets i deures dels usuaris de la sanitat i els dels serveis socials és un dels primers reptes que s'ha d'afrontar. "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", diu l'informe del Tercer Sector, que insta a reequilibrar el finançament dels dos sistemes i corregir les diferències laborals i salarials dels dos sistemes, així com dels copagaments sanitaris i socials.

Albert Ledesma, director del Pla Interdepartamental d'Atenció Social i Sanitària (PIAISS), creu que s'ha de fer "una cartera única de diners de benestar i sanitat total o

L'envelliment i el sobreenvelliment a Catalunya

L'envelliment engloba les persones que tenen més de 65 anys, i el sobreenvelliment quan aquestes en tenen més de 85. En aquest gràfic veiem com aquest grup de gent més gran creix amb el pas dels anys.



Font: PPAC - PIAISS, Generalitat de Catalunya / Gràfic: E. Forroll

ATENCIÓ A DOMICILI
L'Emèrita Arranz, que rep suport mèdic i social, amb l'Eva, tècnica de la Creu Roja. CÈLIA ATSET

El Govern dissenya amb cautela el model del futur

L'òrgan creat per a la integració no té poder executiu

AURI GARCIA MORERA
BARCELONA

La idea d'integrar serveis socials i sanitaris genera consens entre la majoria dels implicats, però qualsevol remodelació en aquest àmbit pot afectar grans pressupostos i grans estructures, de manera que hi ha forts interessos en joc, tant fora com dins de l'administració. Sobre la fórmula per repartir els recursos econòmics i la capacitat de decisió, per tant, hi ha diversos punts de vista. La Taula del Tercer Sector defensa que es transfereixin recursos del pressupost sanitari al social i que els dos departaments treballin conjuntament sense perdre la identitat, però aquesta qüestió genera debat als sectors afectats i en l'àmbit institucional.

Segons diverses fonts consultades per l'ARA, la possibilitat d'una fusió entre el departament de Salut i el de Benestar ha estat sobre la taula del Govern en diverses ocasions. L'última vegada, amb l'actual executiu de CiU, que va reduir el nombre de conselleries com a mesura d'austeritat i es va plantejar que un dels canvis fos la fusió de Salut i Benestar. El Govern va demanar l'opinió a representants dels sectors afectats, però les reticències que va trobar van fer que aquesta opció s'acabés descartant. El seu soci parlamentari, ERC, està d'acord amb la decisió, ja que considera que aquest pas només es pot fer si hi estan d'acord tots els implicats.

Interessos
La fórmula per repartir els recursos i el poder genera debat

Recels
El Govern es va plantejar la fusió de Salut i Benestar i la va acabar descartant

Avenços per definir actuacions

El Govern ha optat per avançar amb cautela, començant per la tasca de dissenyar el model del futur, i per fer-ho ha creat el Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), un òrgan de coordinació en què estan representats els departaments de Salut i de Benestar, i també el de Presidència. Albert Ledesma, director del PIAISS, detalla que els avenços fets durant el primer any ja han permès que el Govern aprovi un document que "és el model català d'atenció integrada" i en el qual "es defineixen les actuacions que es fan i les que es volen fer". Reconeix, però, que és un model que es desplegarà "a mitjà i llarg termini".

"Hem començat per les persones en situació de salut complexa", explica Ledesma sobre les actuacions que ja s'estan portant a la pràctica actualment. "Són accions importants; 150.000 persones ja estan en aquest model d'atenció. Se'ls farà una valoració integrada i se'ls oferirà un pla d'atenció que doni resposta a les seves necessitats. Si necessita primer resposta social, ho farem", detalla el director del PIAISS. La Taula del Tercer Sector, però, considera que aquestes primeres experiències en territoris específics són iniciatives massa petites, i demana que hi hagi molta més concreció ja en l'inici de la pròxima legislatura, a la tardor.

Certa resistència interna

Segons fonts coneixedores del funcionament del pla, el principal obstacle a què s'enfronta el PIAISS és que no té capacitat d'execució, de manera que pot fer propostes però la seva aplicació depèn de les estructures dels departaments de Salut o de Benestar. En el cas del departament de Salut, es tracta d'una estructura molt consolidada, en la qual els tècnics mostren una certa resistència al canvi perquè volen mantenir la seva posició. En el cas de Benestar, el problema no és tant que hi hagi resistència interna sinó que l'estructura tècnica del departament és molt més petita i no té prou capacitat de gestió. Per fer realitat la integració, doncs, caldran canvis profunds.

El conseller de Salut, Boi Ruiz, i la de Benestar, Neus Munté, formen part del pla interdepartamental creat pel Govern. Al centre, el conseller de Presidència, Francesc Homs. ACN

parcial" per atendre els pacients que necessiten atenció continuada. I posa l'exemple del cas escocès, que destina un 40% del pressupost de primària, un 60% dels serveis socials i un 10% del dels hospitals a atendre aquest tipus de pacients.

Transvasar recursos

Proposen desviar recursos dels hospitals a l'atenció primària

Per poder aplicar aquest model, l'informe insta a desviar recursos econòmics de l'atenció sanitària especialitzada (hospitals d'aguts) cap a la primària i sociosanitària, i recursos de l'actual pressupost sanitari cap al pressupost social. "Qualsevol reforma que no inclogui fluxos econòmics en aquestes direccions és difícil que garanteixi una efectiva aplicació de models d'atenció integrada", alerta l'informe.

Abordatge territorial

Descentralitzar serveis per treballar des de la proximitat

El canvi de model ha d'anar acompanyat d'una descentralització dels serveis. S'ha de treballar en clau de proximitat. Segons l'estudi, els problemes lligats a l'atenció continuada es resolen millor allà on les persones fan la seva vida quotidiana. "Totes les enquestes diuen que la gent gran i els dependents es volen quedar a casa o en el seu entorn, i la residència, per quan necessiten cures molt intenses", explica Toni Vilà. La territorialització, però, "no és possible sense la reforma i reforç dels ens locals", diu l'informe, que insta a desbloquejar la llei catalana de governs locals i blindar les competències dels ajuntaments en matèria de serveis socials. L'informe proposa definir unes "àrees d'intervenció sociosanitària" en el territori i proposa agafar com a punt de partida els 37 governs territorials de salut. I volen anar un pas més enllà i crear en cada àrea sociosanitària una "autoritat d'integració" participada a parts iguals per sanitat i serveis socials que tingui les competències de l'atenció continuada.

Treballar en xarxa

Una vicepresidència comuna per evitar la fusió de conselleries

Hi ha consens professional que cal passar a l'acció i afrontar les necessitats de les persones integrant les demandes socials i les sanitàries. Però sense fusionar-se. Els serveis socials són la pota feble del sistema. Només cal donar un cop d'ull a les xifres: el 38,5% del pressupost de la Generalitat es destina a l'àmbit de la salut mentre que a benestar és un 8,3%. La Taula del Tercer Sector proposa integrar les polítiques socials dels dos departaments sota una vicepresidència potent i rebutja fusionar les dues conselleries perquè les polítiques de benestar, diu, quedarien absorbides i es medicalitzarien, de manera que perdrien la seva dimensió social. Just el contrari del que proposen.

Atenció sociosanitària El referent

Catalunya s'emmiralla en Escòcia

Europa avança cap a nous models d'atenció integrada social i sanitària. Els casos més significatius són els del País Basc i Escòcia. Aquest últim és el referent del model català

L.B. ✻ BARCELONA

01

Definir un model: del País Basc a Escòcia

DEBAT A EUROPA

La integració dels serveis socials i sanitaris és un debat que s'ha posat sobre la taula a tot Europa. El que cal és definir un model. "Tenim des del model espanyol de la llei de dependència, que diu que se n'han d'ocupar els serveis socials, fins al model del País Basc, que més aviat opta per fer-ho des dels serveis sanitaris, passant pel model escocès, que ho soluciona a nivell territorial des d'una autoritat en què hi ha els dos serveis junts", explica Toni Vilà, investigador de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i coautor de l'informe *Cap a una atenció integrada social i sanitària*. El model que ha triat Catalunya –territorial i centrat en les persones– s'emmiralla en el sistema escocès. Albert Ledesma, director del Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS), que ja treballa en aquesta línia, destaca que Catalunya és, amb Escòcia, "el lloc on més s'ha evolucionat en una proposta sanitària i social integrada".

02

Finançament: optimitzar recursos

ESTALVI A LLARG TERMINI

"El País Basc i Escòcia inverteixen quantitats econòmiques molt importants en programes com aquest. No surt gratis. Però s'ha de gastar millor i optimitzar recursos", diu Toni Vilà.

ESCÒCIA

Es preveu que la reforma permeti estalvis a mitjà i llarg termini. En el cas escocès, el Parlament pot decidir la distribució interna dels recursos entre els àmbits de la seva competència. La llei de corporacions públiques proposa forçar la integració orgànica, funcional i pressupostària de la major part dels serveis de salut amb els serveis socials. Però l'objectiu de fons és passar de l'atenció centrada en els malalts aguts cap a un enfocament de tipus més comunitari.

PAÍS BASC

La nova estratègia de la cronicitat del País Basc ha donat com a resultat un estalvi de 28 milions d'euros anuals a través de l'atenció no presencial, la història clínica unificada, l'hospitalització a domicili i els hospitals de subaguts.

03

Descentralitzar: actuar des del territori

LIDERATGE DELS AJUNTAMENTS

ESCÒCIA

El sistema escocès disposarà d'un pressupost integrat per prestar serveis de salut comunitària i d'atenció social i també alguns àmbits d'atenció d'aguts. Es donarà el lideratge a metges i treballadors socials, se simplificaran estructures i la rendició de comptes es valorarà per resultats. Es pretén que sigui més eficient gràcies a economies d'escala en partides d'alt volum de cost. La reforma escocesa va començar el 2011 i ha durat tres anys, però la seva aplicació no es completarà fins al 2016.

PAÍS BASC

El sistema del País Basc és, a parer de Toni Vilà, "molt sanitari", i el que fa és coordinar-se amb els serveis socials, mentre que el sistema escocès crea una autoritat única que integra els dos serveis sense necessitat de crear nous organismes. "És molt important descentralitzar des del territori", diu Vilà, que aposta per treballar des dels ajuntaments.

04

Governança: única autoritat o serveis compartits

REFORÇAR EL ROL DELS METGES

ESCÒCIA

S'exigeix als serveis de salut i als ens locals que integrin funcions i pressupostos de salut i assistència social en una estructura de parternariat. I es pot escollir entre dos models per integrar els serveis: o bé un organisme rector al qual es delegaran funcions d'un servei a l'altre o de tots dos o bé una corporació amb personalitat jurídica pròpia. Un cop consumada la integració, es demana reforçar el paper dels metges i dels professionals de la cura, juntament amb el tercer sector.

PAÍS BASC

El nou model d'atenció de la sanitat basca passa d'un model centrat en la medicina d'aguts a un d'adaptat a les necessitats dels malalts crònics. D'un de caràcter reactiu, que cura, a un de proactiu, que també fa prevenció. D'un model de pacient passiu a un d'actiu. I d'un pagament per activitat duta a terme a un per la consecució de resultats en salut. No es considera imprescindible crear una entitat per governar un sistema integral de salut, sinó que es concep com un grup d'organitzacions que proveeixen serveis de manera coordinada. Per fer-ho es creen òrgans de governança formats per gerents o directius de les organitzacions de serveis, tècnics i personal clínic, i les decisions es prenen de manera compartida.

05

Atenció: potenciar el rol de les famílies

CRÒNICS I DISCAPACITATS

¿És responsabilitat de l'estat o de les famílies la persona dependent? Potenciar el paper de les famílies és un altre dels temes que hi ha sobre la taula. "La tendència europea és implicar molt més les famílies i ajudar-les perquè puguin fer-ho", diu Vilà.

ESCÒCIA

El nou ens escocès d'integració de serveis sanitaris i socials es farà càrrec, entre d'altres, dels serveis de salut mental, del de discapacitats, del de drogues i alcohol, del de violència domèstica, del d'hospitalització no programada, del de visites domiciliàries, del de salut de la dona i del de les persones grans, entre d'altres.

PAÍS BASC

En el cas del País Basc, un dels motors que impulsen els canvis en sanitat és l'atenció a la cronicitat, ja que han calculat que la demanda assistencial creixerà un 20% en els pròxims cinc anys, a causa de l'augment de les malalties cròniques, mentre que es creu que els recursos només creixeran un 1%.

06

El model català: territorial i per a tota la població

150.000 PERSONES ATESES

La Generalitat va crear l'any passat el PIAISS per millorar la interacció entre els serveis sanitaris i els socials. S'insisteix en el seu caràcter territorial, però a la pràctica la coordinació interdepartamental és encara una assignatura pendent. El projecte, segons el seu director, Albert Ledesma, compta amb un "ampli consens" i va en la línia de les propostes del tercer sector. Aquest és un model a mitjà i llarg termini que ha començat amb els pacients crònics complexos, però l'objectiu és atendre també la població jove. "Si no fomentem que es cuidin les persones sanes no aconseguirem bons resultats", diu. Aquest model ja s'està implementant al territori –d'Osona a l'Alt Penedès–: arriba a unes 150.000 persones. Segons Ledesma, és una proposta de model de país. Es vol que la persona o la família decideixi, d'acord amb els professionals, com vol que l'atenguin en els moments més complicats de la seva malaltia. S'estan formant metges de família, treballadors socials i infermeres. "Volem oferir a tothom un pla específic d'atenció que respongui a les seves necessitats. Si cal primer una resposta social i no mèdica, ho farem. Tothom tindrà un professional de referència per gestionar el seu cas", afirma.

CÈLIA ATSET

C.A.

PERE TORDERA

Atenció sociosanitària Les experiències

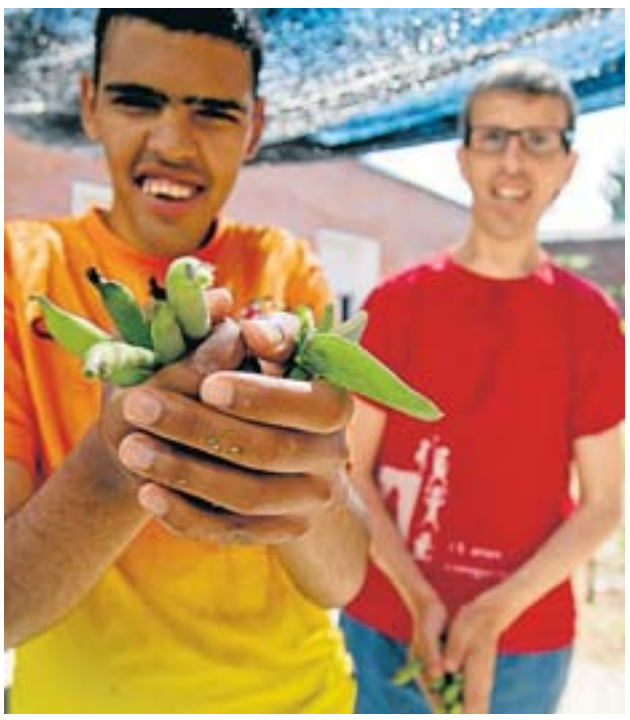
Atès a casa com si fos a l'hospital

A Osona ja han integrat serveis mèdics i socials

L.B.
BARCELONA

Si per a qualsevol persona anar d'urgències a l'hospital és un enrenou, per al Joan és un daltabaix afegit. "És un desastre perquè es posa nerviós en veure gent estranya i és difícil controlar-lo. És millor no treure'l de la seva rutina", explica la seva germana Mercè. El Joan té 65 anys i una epilèpsia que li ha provocat una discapacitat física i intel·lectual. Ell és un dels 56 residents del Centre Riudeperes (Osona), gestionat per l'Associació Sant Tomàs per a persones amb discapacitat intel·lectual severa. En aquest centre ja treballen amb un model integrat de serveis socials i sanitaris que ha permès reduir els ingressos hospitalaris i potenciar les atencions domiciliàries. "Fins ara, si un pacient tenia febre, se l'enviava a l'hospital, però ara hem fet polítiques d'entesa amb l'àrea bàsica de referència, amb l'Hospital de Vic i amb el 061, i així hem aconseguit reduir entre un 70% i un 80% la necessitat d'enviar un pacient a l'hospital per consultar l'especialista", diu Carles Blay, que a més de dirigir el programa català de cronicitat és el metge de família de Riudeperes. Quan realment cal anar a l'hospital, les visites s'adapten a aquests pacients per evitar llargues esperes, conductes agressives i patiments innecessaris.

També s'ha fet un pla individualitzat per a cada pacient –quins medicaments pren, qui el cuida o quines preferències d'atenció té– acordat entre els professionals, la família i el pacient, si és possible. Aquesta informació està disponible en la història clínica compartida, cosa que permet donar la millor resposta a qualsevol hora qualsevol dia de l'any. "És una tranquil·litat per a la família", diu la Mercè. I tot es fa des del territori. Si fins ara la premissa era "a l'hospital, atès com a casa". Ara el paradigma és un altre, "que quan calgui se l'atengui a casa com si fos a l'hospital", diu Blay. L'augment de l'esperança de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual planteja nous reptes: "S'han d'afrontar infarts, càncers de mama i artrosis i això no s'havia posat mai sobre la taula perquè aquestes persones no arribaven a vells". Tot i que l'atenció mèdica d'aquests pacients s'havia d'enfocar d'una manera diferent perquè no poden expressar els símptomes o tenen més resistència al dolor, al final la realitat és que "no hi ha tantes diferències", conclou Blay.



Dos dels residents del centre residencial Riudeperes per a persones amb discapacitat intel·lectual. P. TORDERA

Hospital
La integració de serveis ha reduït un 70% els ingressos

Els voluntaris ajuden Emérita Arranz a fer la compra. CÈLIA ATSET

Aliments i medicaments, però sobretot companyia

LAURA SUGRAÑES CREUS
BARCELONA

Emérita Arranz té 86 anys i en fa més de vint que viu sola en un pis al barri del Guinardó, a Barcelona. Fa deu anys, quan en tenia 76, va començar a rebre ajuda social de l'Ajuntament de Barcelona. Més tard, va contactar amb la Creu Roja per rebre medicació i finalment per fer front a un problema que cap ajuda material supleix: la soledat.

Un servei integral

Els dimecres a la tarda un voluntari de la Creu Roja fa companyia a l'Emérita, sigui jugant a cartes o passejant, i l'ajuda amb el que necessiti. "El fet que siguin voluntaris té aquest valor afegit de fer companyia a les persones grans, tot i que també detecten si hi ha altres necessitats", explica Eva González, tècnica de gent gran i salut de la Creu Roja. En el cas de l'Emérita, primer va contactar amb la Creu Roja per un tema mèdic, però aviat van observar altres necessitats, com deficiències en l'alimentació i falta de companyia. Ara des de la mateixa organització li entreguen una targeta de l'Àrea de Guissona amb què un cop al mes diversos voluntaris l'ajuden a comprar o li fan la compra als supermercats de la corporació alimentària. "D'aquesta manera pot menjar fruita i verdura i aliments frescos com carn i peix", diu González. Abans d'aquest conveni amb l'empresa de Guissona, els portaven caixes amb aliments bàsics, però els beneficiaris no podien completar una dieta equilibrada.

Des de l'organització també duen a terme un control mèdic dels usuaris. "Hi ha molts fàrmacs que els ha de pagar ella mateixa, encara que per dret els pensionistes tenen farmàcia gratuïta", explica la treballadora de la Creu Roja. "N'hi ha tres que no m'entren i l'Almax tampoc", es queixa l'Emérita, i explica que ha d'anar sola al metge. La tècnica s'ho apunta per solucionar-ho més endavant. Però el que més agraeix l'Emérita és poder parlar i tenir companyia, una necessitat que molt sovint queda en un segon terme, diluïda entre diagnòstics i proves mèdiques.