

RELATORIA

L'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIOSANITÀRIA: UNA PERSPECTIVA EUROPEA

ORGANITZEN:



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

DIPLOCAE

COL·LABORA:



FUNDACIÓ
PERE TARRÉS

UNIVERSITAT RAMON LLULL

FACULTAT
D'EDUCACIÓ
SOCIAL I
TREBALL
SOCIAL

BENVINGUDA INSTITUCIONAL

- ▶ *L'acte va tenir de conductora a la **Sra. Eva Torrents**, periodista.*
- ▶ *La benvinguda institucional va anar a càrrec de la **Sra. Aina Plaza**, directora general de Planificació en Salut, Generalitat de Catalunya; la **Sra. Laura Foraster**, secretària general de DIPLOCAT; la **Sra. Francina Alsina**, presidenta de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya; i el **Dr. Joan-Andreu Rocha**, degà de la Facultat d'Educació Social i Treball Social - Universitat Ramon Llull.*

En **Dr. Joan-Andreu Rocha**, degà de la Facultat d'Educació Social i Treball Social al Pere Tarrés – Universitat Ramon Llull, va començar donant la benvinguda a les seves instal·lacions a totes les persones assistents i va apuntar el gran interès que aquesta jornada suscitava no només per al públic assistent sinó per a tot l'àmbit educatiu i d'intervenció social. Recalcà que la Facultat Pere Tarrés es dedica a formar professionals en l'àmbit social des de fa més de 26 anys.

A continuació, va ser el torn de la **Sra. Aina Plaza**, directora general de Planificació en Salut, que també va agrair la presència a les persones assistents i professionals i afirmà que sens dubte l'atenció integrada socio sanitària és un debat i una prioritat de primer ordre comú a tot Europa. Per això, felicità la Taula del Tercer Sector i a DIPLOCAT per l'organització d'aquesta jornada i per convidar altres països a compartir les seves experiències. En aquest sentit, Plaza va recalcar que països com Suècia, Països Baixos, Canadà o Nova Zelanda estan treballant per incorporar l'atenció socio sanitària en les seves polítiques públiques.

Plaza ens convidà a qüestionar-nos com podem donar resposta als grans reptes socials que hi ha actualment, i que aniran a més, i que afecten a sectors vulnerables de la societat, com per exemple dones grans amb baixos nivells econòmics i dependència o adolescents amb problemes de salut mental i sense vincles amb el seu entorn comunitari, amb serveis fragmentats, en un sistema rígid amb greus mancances de coordinació i orientat a donar respostes a situacions agudes i a l'internament.

Plaza va assenyalar que a Catalunya s'està vivint el procés de transformació més gran que han viscut els departaments de Salut i Drets Socials. Aquesta trajectòria va començar fa 36 anys, i des de llavors hi ha hagut grans avenços i reflexions

conjunctes i experiències locals valuoses, però que no s'han pogut cristal·litzar en un sistema d'atenció integrada a tot el país. Durant la pandèmia, es va fer palesa la fragmentació entre el sistema sanitari i el social, limitant molt la resposta que la població més vulnerable necessitava, però també va mostrar que treballant de forma integrada es podia canviar la situació en un període curt de temps.

El que es planteja ara, continuà Plaza, és la constitució d'un marc legislatiu per a la creació d'una Agència d'atenció integrada que permeti tenir una acció territorial compartida. Aquest procés és una palanca de canvi que permetrà rediseñar el sistema i que té com a objectiu planificar i reforçar la prevenció, la intervenció comunitària i el servei de suport social i sanitari al domicili.

Per la seva part, **Laura Foraster**, secretària general de DIPLOCAT, va començar la seva intervenció ressaltant que aquesta era la tercera jornada organitzada conjuntament entre DIPLOCAT i la Taula del Tercer Sector en el marc dels Debats per una Europa social, amb una perspectiva europea i comparada. Foraster afirmà que és una oportunitat per intercanviar idees entre països, en la qual Catalunya pot aprendre però també els altres països convidats poden aprendre de Catalunya.

Aquests debats, prosseguí Foraster, també serveixen per portar a Catalunya qüestions socials que ens preocupen com europeus i que situen a les persones en el centre del debat. El Pla d'Acció del Pilar Europeu de Drets Socials, presentat l'any anterior per la Comissió Europea, estableix que una Europa social, forta, justa i inclusiva amb oportunitats per a tothom s'ha de basar en les persones i el seu benestar. En aquesta jornada es podrà veure quines accions concretes recomana la Comissió Europea, en el Marc de l'Estratègia Europea de cures, i quins reptes plantegen. També al llarg de la jornada es donaran a conèixer models d'atenció integrada socio sanitària de diversos països per poder dissenyar un model de qualitat que doni una resposta eficient a les necessitats dels col·lectius més vulnerables, evitant duplicitats i centrada en la persona.

Finalment, va tancar el bloc de benvingudes institucionals la **Sra. Francina Al-sina**, presidenta de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, qui va començar el seu torn indicant que la unió fa la força, referint-se a la lluita conjunta que la Taula del Tercer Sector i altres entitats han anat fent per acon-

seguir el que en altres llocs es ja una realitat: l'atenció holística i integral a la persona amb la coordinació del sistema sanitari i el social.

Alsina va explicar que quan una persona en situació de vulnerabilitat recorre als mecanismes de protecció social ho fa perquè s'enfronta a dificultats que no li permeten tenir una vida digna i autònoma, tenint efectes socials i econòmics però també en la seva salut. L'exemple més recent actualment és la crisi sense precedents que impacta en les butxaques i la salut de les persones, i evidencia que la coordinació entre els sistemes sanitari i el social és una qüestió urgent i indispensable.

Els sistemes sanitari i social no són compartiments estancs sinó vasos comunicants. Aconseguir un model d'atenció en la persona que integri la part social i sanitària i posi a la persona en el centre és un repte de país. I aquest model d'atenció integrada és urgent perquè la societat avança a un ritme imparabile. Com a mostra, Alsina apunta que la societat catalana està cada cop més empobrida i que la taxa de pobresa i exclusió es troba en màxims històrics amb un 26%; que la ciutadania cada vegada està més envellida, amb un milió i mig de persones amb més de 65 anys, el que suposa el 19% de la població; amb llars més pressionades laboralment, fet que dificulta les tasques de cures a familiars, que segueixen recaient essencialment en les dones; que 630.000 persones a Catalunya tenen discapacitat; i que 181.000 persones reben serveis de la Llei de dependència, on 30.000 tenen reconeguda la situació de dependència però encara no reben cap servei.

Així doncs, prossegueix Alsina, l'atenció integrada sociosanitària és fonamental per diverses raons: 1) per millorar el benestar i garantir qualitat de vida a la ciutadania, 2) per atorgar una atenció de més qualitat i adequada a les necessitats de les persones, 3) per transformar els serveis perquè siguin menys institucionalitzats, enfortint l'atenció domiciliària i l'entorn comunitari i 4) per potenciar les competències dels professionals i promoure el treball col·laboratiu, que permeti gestionar amb més eficiència els recursos limitats.

Alsina finalitzà expressant dues reivindicacions per part de la Taula del Tercer Sector: 1) que les entitats del tercer sector tinguin un paper actiu en l'impuls d'aquests canvis i formin part dels mecanismes de governança en totes les fases, i 2) que els serveis socials deixin de ser la pota coixa de l'estat de benestar i es dignifiqui la feina dels professionals del tercer sector.

L'ESTRATÈGIA EUROPEA DE CURES I L'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA A EUROPA

- ▶ A càrrec de la **Sra. Susanna Ulinski**, responsable tècnica a la Direcció General d'Ocupació, Afers socials i Inclusió de la Comissió Europea.

La **Sra. Susanna Ulinski** va començar la seva intervenció indicant que Catalunya estava molt avançada en el sector de les cures de llarga durada i l'atenció integrada sociosanitària. Seguidament, explicà que el setembre del 2021 la presidenta de la Comissió Europea, Ursula von der Layen, va anunciar l'Estratègia Europea de Cures, orientada a recolzar a homes i dones per accedir a la millor cura i tenir un millor equilibri de vida. Puntualitzà la ponent que les cures són una activitat essencial de l'ésser humà: totes les persones hem rebut cures i en necessitarem i també n'hem proveït en algun moment. Amb aquesta estratègia es pretén assegurar uns serveis de cura de qualitat, assequibles i accessibles per a tothom i millorar la situació tant dels que reben cures com la dels proveïdors, siguin formals o informals.

Ulinski va explicar el Paquet de Cures, adoptat el setembre del 2022 per la CE, el qual s'estructura entorn a la comunicació sobre la pròpia estratègia, una proposta de recomanacions segons els objectius de Barcelona i una proposta de recomanacions del Consell Europeu per constituir uns serveis de cura de qualitat i accessibles.

Abans d'entrar al detall, la Sra Ulinski va voler explicar per què és necessària una Estratègia de Cures Europea. Així, la ponent assenyalà que tot i que les cures de llarga durada s'organitzen de manera diferent entre els estats membres, s'han trobat reptes compartits en termes d'accessibilitat, mà d'obra i proveïdors de cures informals i en el finançament.

El principi 18 del Pilar Europeu de Dret Socials expressa que tothom té dret a uns serveis de cura assequibles i de bona qualitat, amb una perspectiva comunitària. Però quan s'analitza la situació a Europa es troba una desigualtat en l'accés. Gairebé la meitat de la població major de 65 anys que precisa de necessitats de cures de llarga durada no té aquestes necessitats cobertes. Aquesta dada és rellevant donat que la projecció és que la població amb necessitat de cures de llarga durada augmenti fins a 38,1 milions de persones l'any 2050. La qualitat

en el proveïment de cures és una altra de les raons que ha portat a la creació d'aquesta Estratègia. Ulinski assenyalà que hi ha una manca d'estàndards de qualitat i de mecanismes, així com desigualtats territorials.

Respecte a la mà d'obra, Ulinski va mencionar que 52 milions d'uropeus estan oferint serveis de cures de llarga durada de manera informal, fet que afecta a la conciliació en la vida i manté a 7,7 milions de dones fora del mercat laboral. La manca de treballadors en el sector és un problema greu, agreujat per les males condicions, les remuneracions insuficients que perceben i la dificultat per millorar les seves habilitats. Per això, resumí Ulinski, és vital millorar les condicions dels proveïdors de cures formals i fer aquest sector més atractiu, tenint en compte que com a mínim necessitarem 1.6 milions de proveïdors més per a l'any 2050.

Per donar resposta a aquests reptes, l'Estratègia Europea de Cures esdevé una guia i un impuls per portar a terme reformes polítiques.

A continuació, Ulinski parlà sobre la disponibilitat dels serveis de cura de llarga durada. Va enunciar que el 26,6% de la població de major de 65 anys a Europa precisa de cures de llarga durada, però gran part d'aquesta població no pot accedir a aquests serveis de manera formal i acaben tenint les seves necessitats satisfetes per proveïdors de cures informals. Addicionalment, el 30% de les persones no poden accedir als serveis de cura per raons financeres i un 10% afirma no poder accedir a cures per manca de serveis en el seu territori. Per tant, s'evidencia la necessitat d'una millor cobertura de la protecció social.

Respecte a la qualitat dels serveis de cures de llarga durada, Ulinski va constatar que és un assumpte del qual encara hi ha una manca de consens a Europa. Però l'enfocament que posa a la persona en el centre està guanyant rellevància i és l'aproximació que més influeix en l'Estratègia.

Referent a la despesa pública en serveis de cures de llarga durada, Ulinski mostrà que aquesta partida és la que més ràpidament està creixent en els pressupostos. Actualment, representa un 1,7% del PIB de mitjana i s'espera un creixement del 2,5% l'any 2050. La ponent destacà que Espanya és l'estat que menys inverteix en relació amb el seu PIB (0,7%). La ponent també explicà que el 48% de la inversió pública es va destinar a cures residencials, un 26% a cures domiciliàries i un altre 26% a prestacions econòmiques. A banda de la despesa formal, s'ha de ressaltar la despesa informal, que arriba a representar el 2,7% del PIB.

Un cop explicades les raons de la creació de l'Estratègia Europea de Cures, la ponent va passar a explicar la Comunicació de la Comissió Europea, ja que molts dels reptes identificats s'han abordat a l'Estratègia.

Ulinski va explicar que l'Estratègia posa èmfasi tant en els proveïdors com en els receptors de cures i que s'ha fet amb un enfocament en l'atenció integrada sociosanitària, donat que l'esperança de vida està augmentant i la població està dirigint-se cap a hàbits poc saludables o està exposada a factors de risc, com per exemple hàbits alimentaris poc saludables o factors ambientals, respectivament. Això fa que es necessiti personal professional d'àmbits molt diversos per donar una resposta integrada.

Proporcionar una atenció integrada sociosanitària, prosseguí Ulinski, milloraria la qualitat dels serveis de cures de llarga durada, el que condueix a una millora en la qualitat de vida de les persones i a uns millors resultats en termes de salut. A més, de fomentar una millor eficiència dels recursos públics, al temps que reduiria la càrrega hospitalària. Ulinski també assenyalà la importància de fer un seguiment de la provisió de cures, impulsar la digitalització i fomentar les sinèrgies amb altres polítiques i iniciatives, com la millora del mercat laboral, la millora de la qualitat de vida de les persones amb diversitat funcional, la igualtat de gènere, etc.

Seguidament, la ponent explicà l'estructura de l'Estratègia, la qual es troba dividida en cinc àrees: 1) millora dels serveis de cures, 2) millora de les condicions dels treballadors en serveis de cura, 3) millora de l'equilibri entre treball i responsabilitats de cures, 4) inversió en cures i 5) millora de les evidències empíriques i el seguiment del procés. Ulinski enuncià que es centraria en explicar els punts 1,2 i 4.

Respecte a les accions europees per a la millora dels serveis de cures de llarga durada, la principal seria la Carta de Recomanacions de la Comissió Europea per a serveis de cura de qualitat, que hauria d'estimular reformes polítiques. Addicionalment, la ponent apuntà que la Comissió ofereix suport tècnic i eines perquè els estats membres avancin cap a reformes estructurals que implementin una atenció integrada sociosanitària. Els estats membres tenen també a la seva disponibilitat finançament dels Fons Social Europeu i del Fons Europeu per al Desenvolupament Regional, així com dels Horizon Europe, per impulsar la digitalització del sector.

En relació amb les accions europees orientades a la mà d'obra, com ja va explicar la ponent, hi ha una manca de treballadors donades les males condicions laborals i els sous baixos. Així doncs, hi ha nombroses iniciatives per combatre aquest problema. En primer lloc, la Comissió Europea dona suport al diàleg social, mitjançant finançament. En segon lloc, la Comissió garanteix que es revisarà l'aplicació dels estàndards de la UE pel que fa a les condicions de treball en cooperació amb les agències descentralitzades. A més, donat que els actors socials són proveïdors importants de cures de llarga durada es garanteix que hi haurà més recerca en les contribucions de l'economia social en les condicions laborals dels treballadors.

En tercer lloc, prosseguí Ulinski, pel que fa a les habilitats, la Comissió fomentaria el seu desenvolupament mitjançant els programes Erasmus+. Addicionalment, la Comissió també advocarà per l'establiment d'una col·laboració entre els sectors de les cures de llarga durada sota el Pacte d'Habilitats. Finalment, respecte a la migració legal, la Comissió té pensat fer un mapa dels drets i les condicions dels proveïdors de cures de llarga durada provinents de països de fora de la Unió Europea.

Seguidament, es va passar a parlar de la inversió en el sistema de cures. La ponent evidencià que la inversió en cures té múltiples beneficis tant en els individus com per a l'economia i té un impacte positiu en el benestar i la dignitat dels que reben cures, alhora que contribueix a la igualtat social i la igualtat de gènere. Ulinski remarcà, però, que la despesa pública variava entre els estats membres a conseqüència sobretot de les diferents aproximacions que tenien els països respecte als serveis de cura i, per extensió, als sistemes de cures informals. En aquest sentit, prosseguí Ulinski, la prevenció és la millor eina per assegurar un servei de cures fiscalment eficient i sostenible. Una bona inversió sanitària i social preveu de la necessitat de cures de llarga durada.

La ponent també va ressaltar la importància dels agents econòmics i socials a l'hora de proveir serveis de cura de qualitat, generalment amb un enfocament integrat que posa a la persona al centre i amb una visió local i comunitària. Finalment, Ulinski va fer una crida als estats membres a augmentar la despesa pública i fomentar la inversió privada, alhora que va explicar que hi ha a disposició dels estats membres fons europeus que poden complementar la inversió nacional.

PROPOSTA PER A LES RECOMANACIONS DEL CONSELL EN L'ACCÉS A CURES DE LLARGA DURADA DE QUALITAT I ACCESSIBLES

Ulinski va puntualitzar que les recomanacions estaven basades en el principi 18 del Pilar Europeu de Drets Socials i que concernien a totes les persones amb necessitats de cures de llarga durada, independentment de l'edat o del tipus de necessitat, i a tots els proveïdors, fossin formals o informals.

Les recomanacions, seguí la ponent, s'estructuren en tres blocs. El primer fa referència a l'adequació, la disponibilitat i la qualitat dels serveis de protecció social. El segon versa sobre els proveïdors i el tercer, tracta sobre la governança, el seguiment i la rendició de comptes. A més, hi ha un annex amb principis de qualitat per als serveis de cura de llarga durada.

Pel que fa al primer bloc la ponent assenyalà que la protecció social havia de ser oportuna, íntegra i adequada. Pel que fa a la disponibilitat i l'accessibilitat, els serveis de cures haurien d'atendre diferents necessitats i recolzar que el personal esculli lliurement l'opció de cura que més s'adequa a cada situació. Això s'hauria de fer amb un enfocament comunitari i local que acabés amb les desigualtats territorials. Paral·lelament, s'hauria d'invertir en la digitalització del servei. Finalment, pel que fa a la qualitat, les recomanacions s'enfoquen en l'adequació dels principis de qualitat els quals garanteixen una resposta específica a les necessitats de l'usuari. Així, els estats membres haurien de crear un marc normatiu a partir d'aquests principis de qualitat.

A continuació, Ulinski passà a parlar del segon bloc. Respecte als proveïdors, la Comissió va abordar millorar les habilitats de les persones treballadores i reduir la manca de mà d'obra a través de programes de formació. D'altra banda, també va explicitar el suport a la millora de les condicions laborals dels proveïdors de cures mitjançant el diàleg social. En aquest sentit, Ulinski va assenyalar que la Comissió fomenta que els estats membres signin la Convenció de Treballadors Domèstics de l'OIT. Pel que fa als proveïdors informals, la Comissió encoratja als països a portar a terme estudis per identificar-los i a continuació, atorgar-los el suport necessari, en termes de formació, assessorament, descansos, etc.

Finalment, la ponent va acabar la seva intervenció, indicant les següents passes de l'Estratègia Europea de Cures. Actualment, procedí Ulinski, els estats membres estan discutint la proposta i es preveu que estigui aprovada el mes de desembre. Per tant, es recomana als estats membres començar a implementar-la i assegurar-ne un mecanisme de coordinació pel que fa al disseny, desplegament i seguiment de les mesures, així com un bon sistema de recollida de dades i d'avaluació.

TAULA RODONA D' EXPERIÈNCIES I VISIONS EUROPEES EN ATENCIÓ INTEGRADA SOCIOSANITÀRIA

- La Taula rodona d' experiències va anar a càrrec de la **Sra. Anne Hendry**, directora de la Fundació Internacional per a l'Atenció Integrada a Escòcia; **Sr. Joan Carles Contel**, tècnic d'Atenció Integrada, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; **Sra. Anna Vila**, tècnica de la Direcció General d'Autonomia Personal i Discapacitat del Departament Drets Socials de la Generalitat de Catalunya; i **Sra. Mirella Minkman**, presidenta de la junta directiva de Vilans (Centre Nacional d'Expertesa en Cures de llarga durada).

La conductora de l'acte, **Eva Torrents**, retornà a la pregunta retòrica que la Sra. Ulinski es va fer al principi de la seva intervenció: "Per què és necessària una estratègia europea de cures?" i va enumerar algunes de les raons que la ponent havia donat, agraint a la Sra. Ulinski la seva visió macro. A continuació, donà pas a la taula rodona, en la qual s'ampliarà aquesta visió macro amb l'experiència de diversos territoris europeus, incloent Catalunya.

PRESENTACIÓ DELS PARTICIPANTS

La taula rodona començà amb una breu presentació de les persones convidades, per després entrar més a fons en la realitat de l'atenció integrada sociosanitària en aquests territoris.

La moderadora va preguntar a l'**Anna Hendry**, directora de la Fundació Internacional per a l'Atenció integrada a Escòcia, quines creia que són les claus per què, més enllà de disposar d'una agència d'atenció integrada sociosanitària, aquesta atenció sigui una realitat que repercuteixi en una millora en la vida de les persones. La Sra. Hendry va respondre que l'èxit d'aquesta implementació es dona quan en el procés d'implementació hi ha un enfocament de dalt cap abaix (top-down) i de baix cap amunt (bottom-up). Per tant, la creació d'una agència és un catalitzador bàsic i un bon inici, però ha de venir acompanyada d'un moviment social de persones preparades per liderar la transició cap a un model

relacional del sistema de cures, ja que l'atenció integrada es basa en la creació d'un lligam de confiança entre les persones receptores i les persones proveïdores de cures i entre les diferents disciplines que han de treballar conjuntament. Aquests lligams, prosseguí la Sra. Hendry, també han d'involucrar la comunitat i el voluntariat amb el tercer sector. Aquestes aliances són necessàries perquè les problemàtiques socials i de salut que s'estan originant no es poden resoldre aïlladament i per eradicar la desigualtat sanitària.

Tot seguit, la Sra Torrents va preguntar a la Sra. Hendry quins consells donaria des de la seva experiència a Escòcia, donat que Catalunya està en una fase inicial en la creació d'aquesta agència. La Sra. Hendry contestà que és important en les fases inicials de desenvolupament fixar-se en exemples d'èxit, en aquells que aposten per la innovació i les propostes de canvi, i anar al seu ritme, demostrant els resultats, ja que aquestes innovacions, segueix Hendry, atrauran nous actors al canvi, els quals contribuiran a millorar aquest desenvolupament.

Seguidament, la moderadora va preguntar al **Sra. Anna Vila** com s'ha enfocat la creació de l'agència integrada en l'atenció socio sanitària, que fa mesos s'està configurant, perquè doni resposta a les necessitats de les persones. La Sra. Vila va apuntar primerament que ja hi ha hagut experiències prèvies que han facilitat pensar com hauria de ser l'agència per satisfer les necessitats de les persones. Un altre factor clau ha estat el suport d'entitats de diversos àmbits i de col·legis professionals que han fet aflorar el debat sobre com hauria de ser l'avantprojecte de llei, aportant més de 300 propostes. La Sra. Vila també posà de relleu l'existència de les Taules de participació i la constitució d'un Grup de Treball amb la ciutadania per recollir les necessitats de la població.

A continuació, la Sra. Torrents va adreçar-se a el **Sr. Joan Carles Contel** per preguntar-li quins són els reptes que queden per dissenyar l'Agència i aterrar l'estructura d'atenció integrada en l'atenció a les persones. El primer repte que plantejà el Sr. Contel va ser el tràmit parlamentari: s'ha treballat molt intensament en la redacció de la llei, però té els seus temps. L'altre repte identificat, prosseguí el Sr. Contel, fa referència no només al treball no departamental sinó també amb tots els actors. S'ha de treballar conjuntament ja que tant les competències com les responsabilitats estan compartides. Apuntà també que s'ha de tenir una visió territorial, en la qual el món local esdevingui actor pel seu paper a l'hora de desplegar aquest sistema integrat.

Tot seguit, la Sra. Torrents es va adreçar a la **Sra. Mirella Minkman**, que estava connectada telemàticament, i li va preguntar quines serien les seves recomana-

cions perquè la configuració de l'atenció integrada sociosanitària no es quedés únicament en una millora de processos sinó que pogués aspirar a donar una millor resposta a les necessitats de les persones ateses.

La Sra. Minkman va començar la seva intervenció dient que des dels Països Baixos ja hi ha una tradició d'intentar resoldre problemes complexos de la societat mitjançant l'atenció integrada, però que ara hi ha nous desenvolupaments interessants que poden ajudar a una millora de la implementació d'aquesta l'atenció. Seguidament, per donar resposta a la pregunta formulada, enumerà algunes de les conclusions que tant ella com altres professionals han trobat:

- 1) Enfortir els proveïdors informals apoderant comunitats i fomentant la col·laboració entre professionals i proveïdors informals.
- 2) Involucrar organitzacions i associacions des d'una perspectiva més àmplia: àmbit social, educatiu, laboral. Tot amb un recolzament digital.
- 3) Desenvolupar xarxes sanitàries i de serveis: repensar què fer i a quina escala (local, regional, nacional) i quina modalitat de governança hi ha en aquesta xarxa (compartida, amb una organització liderant, lideratge compartit, etc.). En aquest sentit, s'hauria d'investigar en quina estructura podria funcionar millor en cada regió específica amb les seves particularitats i reptes únics.
- 4) Elaborar polítiques que incentivin i premiïn la col·laboració i els bons resultats.

La ponent també va emfatitzar la importància de la creació de lligams de confiança com a peça indispensable per a l'èxit en la implementació de l'atenció integrada sociosanitària. De la mateixa manera, s'ha de fer èmfasi en els valors que potencien una atenció sociosanitària que posa a la persona en el centre del procés, ja que aquests valors impulsen el compromís de totes les parts per aconseguir una bona implementació.

Seguidament, la moderadora recapitulà sobre la importància de l'estructura de la governança i preguntà a la Sra. Hendry què hauríem de tenir present en la construcció de la governança en aquest nou model. La Sra. Hendry contestà que és vital tenir present què és important en cada un dels nivells (local, regional, nacional). S'han d'entendre bé les necessitats específiques de la població i configurar la governança d'una manera que les satisfacin. Per exemple, digué la ponent, les necessitats d'una població rural de Catalunya poden ser molt diferents a les de les zones urbanes de Catalunya.

En Sr. Contel afegí que és interessant reflexionar sobre l'abast que tindran aquestes governances, ja que a vegades hi ha dificultats a nivell relacional entre els diferents nivells organitzatius (local, regional, nacional) i aquest fet fomenta el replantejament d'alguns aspectes, com ara els models de cofinançament o de contractació de serveis cap a un model de decisió compartida. Va concloure el ponent que la implementació de l'atenció integrada no és només el replantejament del model d'atenció, sinó també del model de gestió d'aquest servei.

La Sra. Vila també va aportar que des de l'administració es vol implementar aquest disseny de co-governança, on es tinguin en compte les particularitats a nivell micro. Apuntà també els recursos disponibles en cada territori com un dels reptes de la implementació de l'atenció integrada socio sanitària i com el disseny d'un model així hauria d'abordar aquesta qüestió. Finalment, assenyalà que, com mencionava la Sra. Minkman, la creació de lligams de confiança és un element indispensable per constituir models de governança compartida tant entre diferents nivells com entre diferents societats.

En aquest sentit, la Sra. Henry digué que efectivament la creació de lligams de confiança és important, especialment si atenem a la mida poblacional d'algunes regions. En regions amb poblacions petites es pot veure clarament com aquests vincles enforteixen la implementació i milloren l'atenció. Per això, en regions amb grans poblacions la manera de construir aquests vincles ha de ser diferent i cal prestar-hi especial atenció.

DEBAT OBERT

- ▶ A continuació, la moderadora, la **Sra Torrents**, va iniciar el debat obert, on les persones assistents van poder formular preguntes a les personess ponents.

La primera persona que va participar va plantejar que a la realitat catalana la integració no existeix, i va posar com exemple que les persones amb dependència han de dependre de professionals de diversos àmbits que pertanyen a diferents institucions sense integrar-se entre elles. L'assistent, apuntant al concepte de comunitat i de creació de lligams que els ponents han anant comentant, va prosseguir explicant que es va organitzar una jornada de trobada amb professionals de diversos àmbits de l'acompanyament al final de vida i que va fracassar perquè no van arribar a un punt comú i no van arribar a escoltar realment a la població afectada. Així, va dir que hi ha una manca d'escolta a la comunitat, així com altres problemes com duplicitats, i que dificulten la constitució d'una governança compartida i efectiva.

El **Sr. Contel** va respondre que des de l'administració s'està treballant en diverses línies (àmbit de salut mental, àmbit residencial, etc.) i en una implementació de l'atenció integrada sociosanitària que sigui col·laborativa i centrada en la persona. En aquest sentit, el ponent assenyalà que un element vital és configurar un model que reculli la veu i les experiències de les persones, de manera que participin en la construcció de nous models.

La **Sra. Henry** va contribuir explicant que a Escòcia hi ha una estratègia nacional de cures pal·liatives i de final de vida que s'implementa de forma local, en sintonia amb un moviment cada cop més gran per part de la comunitat d'enfortir aquest sistema.

La següent pregunta va versar sobre les mesures concretes que es poden portar a terme de manera immediata, donat el temps que porta implementar un sistema d'atenció integrada i la situació actual post-pandèmia, on l'atenció domiciliària està molt afectada. En **Sr. Contel** contestà que dins de l'àmbit residencial i domiciliari s'està treballant. Concretament, en l'àmbit residencial s'està intentant reforçar l'atenció primària i de salut i que hi hagi un component cada cop més creixent de l'atenció sanitària a residències per part d'equips d'atenció primària. En aquest sentit, s'ha fet ja una primera implementació de professionals i està

calendaritzat al llarg del 2023 un desplegament major. A nivell d'infermeria, prosseguí el ponent, s'està desplegant la figura de les infermeres d'atenció primària perquè ajudin a aquest desenvolupament en l'àmbit residencial. Pel que fa a l'àmbit domiciliari, el ponent explicà que a mesura que es reforcin els centres d'atenció primària s'anirà desplegant cada cop més l'atenció al domicili, tot buscant un entorn col·laboratiu per impulsar l'atenció integrada.

La **Sra. Vila** va explicar que s'espera que amb l'increment pressupostari es pugui anar desenvolupant aquest sistema, però assenyalà que no és un procés automàtic. A les residències hi ha referents i hi ha un model de treball implementat i, per tant, s'ha de treballar en com gestionar-ho tot de la manera més eficient, i això porta temps.

La **Sra. Henry** va voler afegir un altre element important per a la construcció d'aquest model: el comportament dels hospitals. Com assenyalà la ponent, els hospitals han de contribuir també en aquest procés, treballant conjuntament amb la comunitat i l'atenció primària, especialment per a aquelles persones que tenen necessitats complexes i que incideixen en diversos àmbits.

La següent persona en intervenir va comentar que, des de la seva experiència com a treballadora social en l'atenció primària, ha vist que davant casos molt complexos no s'han pogut donar les respostes adequades a nivell d'adaptació del personals i de serveis, com per exemple en el cas d'una persona amb problemes oncològics i alhora discapacitada o amb trastorns de salut mental. En aquests sentit, sol·licità si en el projecte d'atenció integrada socio sanitària hi havia una línia dedicada a aquest tipus d'atenció.

La **Sra. Vila** respongué referint-se a les persones amb discapacitat i digué que, dins de la línia d'atenció residencial, hi ha dos grups: un dedicat a la gent gran i l'altra a la gent amb discapacitat. Respecte a l'atenció domiciliària, apuntà que des de les institucions s'estan abordant tots els casos, inclosos aquests complexos, sense focalitzar en cap col·lectiu en concret. Pel que fa a les persones amb trastorns mentals, la ponent digué que hi ha una línia enfocada únicament a aquest col·lectiu, en la seva transició entre serveis.

En **Sr. Contel** va agafar el torn per afegir que actualment hi ha oportunitats. Per exemple, en els últims anys serveis socials ha fet una conceptualització de la complexitat, és a dir, molts serveis socials valoren i identifiquen aquestes situacions de complexitat social.

La **Sra. Minkman** també va voler recalcar la importància de les dades i de tenir un sistema de recollida de dades fidedigna, ja que són vitals per tenir detectades i ben definides les necessitats de la població. Afegí que cal creuar bases de dades entre departaments i àrees diferents per donar respostes a situacions complexes.

En aquest sentit, el **Sr. Contel** va dir que des de les institucions s'ha fet una primera aproximació per treballar amb dades sanitàries i socials. Això ha permès calcular indicadors i establir una millor planificació dels serveis.

La següent intervenció va anar a càrrec de la **Sra. Aina Plaza**, directora general de Planificació en Salut, qui va comentar que hi ha una experiència posada en marxa a Catalunya anomenada "Equips guia" que consisteix en equips orientats a joves amb elevada complexitat en termes de salut mental i a nivell de treball, justícia, educació etc. i que està començant a donar bons resultats. També parlà de "l'Acompanya", un programa orientat a joves amb elevada complexitat i normalment tutelats, que pretén impulsar la seva integració i presenta un esquema que va més enllà de l'àmbit socio sanitari a l'abastar àrees com la justícia i l'educació. També recalà que les dades permeten veure que en aquells territoris de Catalunya on s'ha implementat l'atenció socio sanitària integrada hi ha un 20% menys de probabilitat d'ingressar en un residència.

L'última pregunta va versar sobre la revisió de la cartera de serveis a l'hora de planificar i desplegar l'atenció integrada socio sanitària. La persona va plantejar si no seria necessari fer una anàlisi dels serveis que es presten i veure quins s'han de desplegar de manera diferent o fins i tot desaparèixer per convertir-se en un altre tipus de serveis, més alienat amb les idees de l'atenció integrada.

La **Sra. Henry** va respondre primer sobre la situació a Escòcia, dient que abans de promulgar-se la legislació al 2014 hi va haver molta investigació sobre quins serveis s'estaven fent bé i quins necessitaven una millora. Un cop promulgada la legislació, això va permetre a nivell local redissenyar alguns serveis.

La **Sra. Vila**, parlant de Catalunya, va dir que la cartera de serveis socials necessita d'una revisió. Continuà dient que aquesta revisió es donarà i que és un projecte. Actualment, però, s'està treballant en línies com les exposades relatives a les residències o per persones amb discapacitat. En aquest sentit, es faran propostes que s'analitzaran i es veurà com impacta en els serveis de salut i social i es plantejarà si fa falta la creació d'una cartera pròpia de serveis.

La **Sra. Minkman** finalitzà dient que li sembla molt bona idea fer una anàlisi dels serveis que es presten abans d'engegar un nou model. Afegí que als Països Baixos

es van centrar en un model molt centrat en l'atenció domiciliària, per tant es va haver de fer una revisió dels serveis domiciliaris i això va tenir un impacte en la cartera de serveis que oferien els hospitals i va suposar una reorientació de recursos sanitaris i humans, així com un impacte en les residències.

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

DIPLOCAE

COL·LABORA:

 FUNDACIÓ
PERE TARRÉS
UNIVERSITAT RAMON LLULL

 FACULTAT
D'EDUCACIÓ
SOCIAL
TREBALL
SOCIAL