Generalitat de Catalunya
Consell Assessor de Salut

ORIENTACIONS SOBRE EL MODEL D'ATENCIÓ A LES PERSONES AMB NECESSITATS SOCIALS I SANITÀRIES

Consell Assessor de Salut

Octubre 2019

Generalitat de Catalunya
Consell Assessor de Salut

Coordinació:

Secretaria tècnica del Consell Assessor de Salut. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Redactors:

Carme Planas-Campmany. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Iria Caamiña-Cabo. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Elena Calvo-Valencia. Secretaria Tècnica, Consell Assessor de Salut (CAS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Alguns drets reservats

© 2019, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Primera edició:

Barcelona, octubre 2019.

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5591

L'encàrrec al Consell Assessor de Salut

L'òrgan ha de permetre repensar i reorientar quin és el model que volem en el futur d'acord amb les necessitats i canvis socials, demogràfics i tecnològics dels propers vint anys.

El Consell ha de permetre una reflexió serena, allunyada del dia a dia de la Conselleria, i, per tant, és una eina que ens pot ajudar com a país per tenir el futur sanitari ben pensat i planificat.

Alba Vergés, consellera de Salut

La visió del Consell Assessor de Salut

Davant de l'abundància de diagnòstics elaborats, recomanacions estratègiques i prioritats identificades i de proves demostratives realitzades d'atenció integrada, s'evidencia la necessitat de fer el pas cap a l'acció des d'una perspectiva de país. És necessari un marc general que fomenti l'equitat entre els territoris que són l'àmbit natural d'operativització.

Manel Balcells, president del Consell Assessor de Salut

Índex

1. **Estat de situació** 6
2. **Justificació del document** 17
3. **Objectiu del document** 17
4. **Metodologia** 18
5. **El procés deliberatiu** 18
6. **La fórmula: ens públic per al desenvolupament de les polítiques d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya** 20
7. **Propostes i aspectes a considerar** 26
8. **Bibliografia** 32
9. **Annexos** 37
10. **Membres del Consell Assessor de Salut** 44

1. Estat de situació

Els canvis de paradigma social, demogràfic i epidemiològic dibuixen una realitat en què cada vegada més persones conviuen amb situacions de complexitat i de llarga durada (1-6). En aquest context, marcat per pressions econòmiques i per la re conceptualització de la Salut (6), la gran majoria de països desenvolupats han optat per prioritzar estratègies dirigides a la millora de la salut i la promoció de l'autonomia de les persones amb necessitats socials i sanitàries (1,4-8).

Els planificadors han dirigit gran part dels esforços a adoptar una visió més holística i assolir una atenció integral i integrada centrada en les persones (5,9). Tot i així, hi ha aspectes clau que cal continuar abordant per vèncer definitivament la fragmentació de l'atenció, arrelada a plantejaments basats en la malaltia i poc en la persona (10). En fer-ho, s'espera millorar les experiències assistencials de les persones, els resultats en salut de la població i l'eficiència del sistema sanitari (*triple aims of healthcare)*; i, més recentment, també s'ha incoporat l'objectiu de millorar l'entorn laboral dels professionals (6) (en línia amb els *quadruple aims of healthcare* (11)). Alguns d'aquests aspectes clau inclouen el fet de disposar d'un marc regulador, financer i avaluador que fomenti l'atenció integrada i promogui la recerca, la innovació i la rendició de comptes (12) en aquest àmbit. L'atenció integral i integrada exigeix múltiples intervencions que requereixen un enfocament holístic, disposar de figures que coordinin l'atenció, de comunitats sensibilitzades i d'un alt grau de comunicació entre els professionals d'ambdós sectors, així com la implicació de diverses organitzacions i el compromís de tots els agents implicats (10).

La literatura disponible mostra un ampli consens, especialment en el fet que no hi ha un model o enfocament organitzatiu únic d'èxit (1,2,7,13), que l'atenció integrada pot desenvolupar-se en diversos graus d'intensitat (3,4,13-15) i que el punt de partida de la integració ha de ser un model de prestació de serveis amb enfocament més preventiu i d'intervenció precoç (16) pensat per millorar l'atenció a les persones. Sovint, però, la manca de normativa i les estructures fragmentades de governança han estat esculls importants (2,5,9,16-19), la qual cosa recomana destinar esforços per aclarir i adaptar els acords entre àmbits i reforçar la governança compartida (5,20).

1.1. Definició i tipus d'atenció integrada

Els esforços per definir l'atenció integrada entre diferents àmbits o nivells han estat constants en les darreres dècades. Hi ha autors que assenyalen que l'ambigüitat conceptual continua sent un repte en si mateixa, i que dificulta l'assoliment de la pròpia integració (17,21). Una revisió realitzada per Armitage *et al*. l'any 2009 va identificar 175 definicions i conceptualitzacions d'*atenció integrada*, fet que evidenciava una manca de consens en la seva definició (20,22). A més, Bautista *et al*.

identifiquen altres termes que s'han utilitzat en diferents sistemes de salut arreu per denominar diverses experiències d'atenció integrada, com ara el *managed care* nord-americà, el *shared care* britànic i el *transmural care* neerlandès, entre altres (21).

L'any 2016, en un esforç per entendre l'atenció integrada, Goodwin va arribar a seleccionar quatre definicions d'atenció integrada àmpliament utilitzades (3):

1. Definició amb visió de sistema de l'Organització Mundial de la Salut de l'any 2016.

   Els serveis sanitaris integrats són serveis sanitaris que es gestionen i es proveeixen perquè les persones rebin un contínuum de promoció de la salut, prevenció de malalties, diagnosi, tractament, gestió de malalties, rehabilitació i serveis de cures pal·liatives coordinades entre els diferents nivells i llocs d'atenció dins i fora del sector sanitari, en funció de les seves necessitats i durant tot el curs de la vida (23).

2. Definició amb visió gestora de Contandriapoulos *et al*. de l'any 2003.

   És el procés que consisteix a crear i mantenir, al llarg del temps, una estructura comuna entre parts interessades independents (...) amb la finalitat de coordinar la seva interdependència per tal de poder treballar junts en un projecte col·lectiu (24).

3. Definició basada en les ciències socials adaptada de Kodner i Spreeuwenberg, de l'any 2002.

   La integració és un conjunt coherent de mètodes i models de finançament, d'administració, d'organització, de prestació de serveis i de nivells clínics dissenyats per crear connectivitat, alineació i col·laboració dins i entre els sectors del cuidar i del curar. L'objectiu d'aquests mètodes i models és millorar la qualitat assistencial i la qualitat de vida, la satisfacció del consumidor i l'eficiència del sistema per a les persones mitjançant diversos serveis, proveïdors i configuracions. Quan el resultat d'aquests esforços múltiples per promoure la integració comporta beneficis per a les persones, el resultat es pot anomenar 'atenció integrada' (25).

4. Definició basada en la perspectiva de la persona (*person-centred coordinated care*) de National Voices, de l'any 2013.

   (Jo) Puc planificar la meva atenció amb persones que treballen conjuntament per entendre'm, a mi i al meu cuidador, i per permetre'm controlar i reunir serveis per aconseguir els resultats que són importants per a mi (26).

A Catalunya, la terminologia de l'atenció integrada (TERMCAT) defineix l'atenció integrada com el *model d'atenció basat en les actuacions conjuntes i solidàries dels professionals i les organitzacions dels serveis socials i dels serveis sanitaris, que té com a objectiu obtenir bons resultats en salut i benestar, una adequada utilització dels recursos i una bona experiència d'atenció, amb la qual cosa es garanteix l'atenció integral i l'atenció centrada en la persona* (27).

1.2. Models i governança de l'atenció integrada

Més enllà de la definició de l'atenció integrada, la literatura també en descriu diferents tipologies que incrementen la complexitat del concepte. Fonamentalment se n'ha analitzat l'orientació (si es dirigeix a tota la població o a un grup específic de persones) (3,4,10,28,29), el nivell (organitzativa, funcional, de serveis, clínica, normativa o sistèmica) (3,14) i el seu grau d'intensitat (que pot anar des d'una integració que s'estén mitjançant enllaços informals fins a una atenció realitzada per equips o organitzacions totalment integrades) (3,4,15). A més, és important diferenciar entre l'atenció integrada sanitària (vertical) i l'atenció integrada sanitària amb altres sectors, com ara el social (horitzontal) (1,4).

1.2.1. Models d'atenció integrada

En relació amb els models d'atenció integrada, Béland i Hollander van distingir entre models basats en la comunitat i models a gran escala (28). Aquests autors descriuen els models basats en la comunitat com *a projectes més petits que es basen en la cooperació entre proveïdors, se centren a tenir cura de les persones a la seva llar i en la comunitat i prenen part activament en la coordinació de l'atenció social i sanitària*. D'altra banda, els models a gran escala són *aquells que es podrien aplicar a escala nacional o regional i tenen una sola autoritat administrativa, un pressupost únic i inclouen serveis comunitaris i residencials* (28). Expliquen que els models basats en la comunitat són principalment projectes demostratius, pendents de ser adoptats formalment pels governs per estendre'n els resultats a àrees geogràfiques més grans, mentre que els enfocaments a gran escala de base poblacional poden requerir canvis en les polítiques i en la normativa. Però també destaquen que els dos tipus de models comparteixen una sèrie de característiques importants (taula 1).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) determina que, per tal de fer transformacions sostenibles al llarg del temps, els models d'atenció integrada requereixen actuacions tant des del punt de vista organitzatiu, funcional, dels professionals i de prestació de serveis com de transformacions en el marc del sistema (4). En aquest sentit, l'Organització Panamericana de la Salut (PAHO) va definir quatre dominis (model, governança i estratègia, gestió organitzativa i atributs essencials) per al desenvolupament de les xarxes de provisió d'atenció integrada i la seva relació amb el nivell d'integració assolit (fragmentació, integració parcial, integració) (4,30), considerant que per disposar d'una xarxa de provisió d'atenció integrada es requereix un sistema unificat de governança per a tota la xarxa.

Taula 1. Característiques compartides entre els tipus de models d'atenció integrada

Característiques compartides entre els tipus de models d'atenció integrada (Béland i Hollander, 2011) (28)
1. Creença sobre els beneficis d'un contínuum assistencial coordinat.
2. Planificació i coordinació assistencial entre diversos serveis.
3. Un ventall raonable de serveis d'atenció a la llar i de base comunitària, que es creu que formen part del contínuum assistencial.
4. Un únic punt d'entrada al sistema d'atenció.
5. Gestió de casos independent i classificació de persones efectuada per gestors de casos o avaluadors.
6. Un sistema d'informació integrat.
7. Polítiques i procediments sistèmics que detallen el funcionament del contínuum assistencial, especialment pel que fa a qui és elegible per a l'atenció, com es poden rebre múltiples serveis en el mateix període de temps i la manera com les persones fan la transició entre els tipus o els conjunts de serveis.

Font: Béland & Hollander, 2011.

1.2.2. La governança de l'atenció integrada

Les iniciatives dissenyades per trobar l'encaix entre les polítiques públiques de diversos sectors d'activitat d'un govern que s'orienten a la millora dels resultats en salut i benestar requereixen enfocaments multisectorials. Gagnon *et al*. divulguen la necessitat d'aplicar enfocaments de governança integrada, que defineixen com *una acció iniciada i desenvolupada per un òrgan públic que s'esforça per integrar les accions d'altres actors al voltant dels mateixos problemes* (31). En general, es considera decisiu disposar d'una estructura de governança forta i un marc estratègic àmpliament participat i consensuat pels grups d'interès per tal de garantir l'èxit de l'atenció integrada (2,5,7,17,19,32-34).

No obstant això, en molts països s'observa un grau insuficient d'integració en el marc de la governança i, en conseqüència, també de la prestació. Generalment, els àmbits social i sanitari s'organitzen en sistemes diferents amb distintes responsabilitats, pressupostos i professionals (35). En un informe de 2014 en què es van comparar 31 sistemes europeus que incloïen la prestació d'atenció domiciliària, es va determinar que el 81% presentaven sistemes sanitaris i socials diferenciats i, d'aquests, aproximadament el 50% tenien la responsabilitat de l'atenció

domiciliària dividida entre dos ministeris (32). L'informe també realçava que, fins i tot quan l'atenció social i sanitària depenia únicament d'un ministeri, la responsabilitat del finançament i de la regulació es dividia igualment en diferents nivells de govern (estatal, regional o municipal).

Històricament, les fusions han estat en el centre del debat. Hi ha investigadors que defensen que les organitzacions més grans disposen de més capacitat per gestionar pressupostos conjunts i aconseguir economies d'escala, mentre que altres assenyalen que la centralització dels poders de decisió resta amplitud d'acció a la pràctica professional (6). Ara bé, l'anàlisi de l'efecte de les fusions institucionals (35,36) evidencia que aquestes no poden facilitar una atenció integral i integrada tret del cas que estiguin àmpliament consensuades i que representin a tots els actors implicats (35,36).

El gran repte està en el fet que sovint ens trobem davant de sistemes amb grans diferències pel que fa a les competències, a l'accés i al finançament. Concretament, la literatura identifica diverses barreres a la implementació de l'atenció integrada molt relacionades amb la governança: 1) una normativa poc flexible, 2) sistemes d'atenció social que sovint s'organitzen en l'àmbit local, amb menys desenvolupament professional i diferent finançament, 3) els actors implicats es resisteixen al canvi sovint per por de perdre el seu poder i posició, i 4) un finançament deficient i/o sistemes de pagament que no estan alineats amb l'atenció integrada (2,5,13,19,28,32).

En resum, es requereix un canvi fonamental en la manera com es finança, es gestiona i es proveeix l'atenció integrada a les persones amb necessitats complexes socials i sanitàries (5). S'avançarà cap a aquesta direcció únicament si es compta amb les múltiples organitzacions i sectors, i es fan els ajustos conseqüents per tal d'enfortir la governança compartida o integrada.

1.3. Experiències internacionals

Els canvis socioeconòmics, epidemiològics i demogràfics han impactat en les necessitats socials i sanitàries de la població. Aquest fet ha afavorit l'avanç de les polítiques i estratègies dirigides a proporcionar una atenció integral i integrada centrada en la persona arreu del món. S'ha observat, però, que les possibilitats d'integració i, per tant, de superació de la fragmentació de l'atenció, depenen de les particularitats dels contextos organitzatius, del finançament i de les cultures professionals (13). Cal recordar que, tot i que la riquesa de models, enfocaments i experiències

d'atenció integrada en l'àmbit internacional és enorme, no hi ha una solució única amb resultats d'èxit que es pugui adaptar a les realitats diverses.

L'any 2016, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va publicar un informe exhaustiu sobre els models d'atenció integrada a escala mundial (9). Va categoritzar els models en funció del nivell d'integració, identificant models dissenyats per a l'atenció integrada de caràcter individual, per grups poblacionals o malalties específiques i altres de base poblacional a arreu del món (taula 2). L'informe del Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya de desembre de 2018 analitza una selecció d'experiències internacionals (13) emprant la mateixa categorització que l'OMS (9). En aquesta ocasió, el Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC) destaca cinc experiències que inclouen exemples d'integració vertical (atenció sanitària) i d'integració horitzontal (atenció social i sanitària): el Kaiser Permanente (EUA) i l'Estratègia d'atenció a la cronicitat d'Euskadi, com a models de base poblacional; les *Cadenes de cura* (Norrtälje, Suècia) i la *Gestió de xarxes clíniques* (Escòcia), com a models de grup poblacional o malaltia específica, i el *Te Whiringa Ora* (Eastern Bay of Plenty, Nova Zelanda), com a exemple de model individual.

L'interès per continuar treballant i estenent l'atenció integrada és vigent també als Estats Units. Un exemple és l'informe de la National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine que porta per títol *Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving upstream to improve the nation's Health* (37). En aquest document, del qual es fa ressò la prestigiosa revista The Lancet (38), s'identifiquen i avaluen enfocaments actuals i emergents, que donen pas a una sèrie de recomanacions dirigides a estendre l'atenció integrada.

Taula 2. Tipus de models d'atenció integrada i exemples de referència, OMS 2016

Tipus de models d'atenció integrada i exemples de referència (OMS, 2016) (9)
1. Models individuals d'atenció integrada o Gestió de casos (**American Case Management Association**). o Plans de cures individualitzats o Assistència clínica centrada en el pacient (EUA) o Pressupostos individualitzats de salut (EUA, GB, Àustria, Alemanya, Països Baixos i Noruega)
2. Models de grup poblacional o malaltia específica o *Chronic care model* (EUA) o Models d'atenció integrada per a persones grans i fràgils (PRISMA – Canadà; Torbay Care Trust – Anglaterra; municipis de Rovereto i Vittorio Veneto – Itàlia) o Models d'atenció integrada de malaltia específica **(Cadenes de cures** – Suècia)
3. Models de base poblacional o **Kaiser Permanente (EUA)** o **Veterans Health Administration (EUA)** o Estratègia d'atenció a la cronicitat (País Basc).

Font: Organització Mundial de la Salut, 2016.

La literatura també destaca el Regne Unit com a referent en experiències d'integració horitzontal, especialment a Anglaterra, Escòcia i Irlanda del Nord (2,18,19):

- A Anglaterra, s'ha optat per les *sustainability and transformation partnerships* (STP), que han anat evolucionant cap a *Integrated care Systems* (ICS). Els ICS són col·laboracions locals avançades que assumeixen la responsabilitat compartida de millorar el sistema d'atenció social i sanitària de la seva població de referència (2). Al juny de 2019, més d'un terç de la població del país estava coberta per un d'aquests sistemes (39). Quant a finançament, van optar per un model amb pressupost únic per als serveis sanitaris i d'atenció social; es coneix com el *Better Care Fund* (8,40).
- A Escòcia, la governança de l'atenció integrada s'ha organitzat majoritàriament en *Integration Authorities* (IA, Autoritats d'Integració), que conviuen amb un *Lead agency model* adoptat als Highland (41). Actualment disposen de 31 IA creades a partir de l'associació entre 14 juntes del National Health Service (NHS) i de 32 consells escocesos (41). El *Lead Agency Model* del Highland és un model en què un dels socis o col·laboradors delega una funció concreta i una part dels recursos en una altra perquè la dugui a terme (19,41-43).
- Irlanda del Nord disposa d'una integració estructural de l'atenció social i sanitària des de l'any 1973 (19). En els darrers anys s'ha optat pels *Integrated Care Partnerships* (ICP – partenariats d'atenció integrada (44). Actualment, hi ha un total de 17 d'aquestes xarxes col·laboratives de proveïdors que reuneixen professionals de l'àmbit sanitari, del sector del voluntariat i d'associacions, representants del consell local; i usuaris de serveis i els seus cuidadors, per dissenyar i coordinar la prestació dels serveis socials i sanitaris locals (45).

També al Regne Unit, el Local Government Association (LGA) i el Social Care Institute for Excellence (SCIE) anglesos van publicar, el setembre de 2019, un document amb quinze accions prioritàries basades en l'evidència per a la integració, dirigides específicament als sistemes locals (46) (annex 1).

En general, els resultats disponibles a escala internacional sobre el coneixement i l'avaluació dels diferents models, enfocaments i experiències evidencien febleses importants, com ara la dificultat per estendre els resultats de les experiències locals (18) i la manca d'avaluació de les polítiques, plans, programes i intervencions d'integració (1,10), que ja s'ha fet crònica.

En relació amb l'anàlisi dels resultats dels nous models d'atenció integrada als països desenvolupats, només s'ha identificat evidència sòlida sobre la millora de la satisfacció de les persones ateses, de la qualitat percebuda i de l'accés als serveis. No obstant això, els resultats són limitats amb relació a l'impacte de les intervencions sobre els objectius reals de l'atenció integrada (1). A més, es critica

que, en parlar d'integració social i sanitària, sovint es fa referència a la governança, al finançament, a les reorganitzacions estructurals i a la millora de la coordianció entre professionals de diferents sectors, però es fa poca referència a la millora dels resultats (en salut i autonomia) de les persones (47).

1.4. El model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries de Catalunya

A Catalunya, la salut i la seva protecció és un dret (48,49) que inclou la dimensió individual, entesa com el dret a l'atenció i als tractaments clínics, i la dimensió col·lectiva, que es vincula a altres drets socials i determinants de la salut i s'associa a l'estratègia de salut en totes les polítiques. L'autonomia, dret individual a preservar, va esdevenir un dret subjectiu amb la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (50), malgrat que no es va arribar a desenvolupar plenament.

En relació amb els tipus d'atenció que es proveeix, l'atenció sanitària fa referència a l'assistència que té com a finalitat la millora de la salut de les persones fonamentalment mitjançant serveis d'atenció primària i comunitària i d'atenció especialitzada, amb internament i sense. En relació amb l'atenció social, aquesta fa referència a l'atenció de suport dirigida a preservar i promoure l'autonomia de les persones mitjançant serveis socials bàsics gestionats en l'àmbit dels municipis i serveis socials avançats, que inclouen serveis com ara atenció residencial, centres de dia, equipament i ajudes tècniques que sovint requereixen de pagament directe per part dels usuaris.

Des de fa més de 30 anys, els governs successius s'han esforçat per avançar en el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries, mitjançant la integració de l'atenció d'ambdós àmbits. Durant aquest període s'han implementat diverses polítiques en forma de plans i programes, amb i sense dotació pressupostària específica. Però, tot i els esforços esmerçats, les necessitats continuen creixent i queden fora de cobertura.

En relació amb l'atenció social, cal tenir en compte que l'atenció no formal, on la família continua sent el principal proveïdor de cures, és el paradigma que es manté majoritàriament a Catalunya i que s'està recuperant a l'agenda de països nòrdics atesos els beneficis per a la salut i el benestar de les persones. El gran gruix de la dependència es concentra en els graus de dependència moderada. El repte és com donar resposta des de la prevenció de la dependència i el manteniment de l'autonomia, potenciant l'atenció de proximitat. L'atenció residencial ha d'evolucionar cap a alternatives intermèdies que siguin coherents amb el discurs d'atenció comunitària i de proximitat. Cal repensar l'atenció diürna, donar eines i garantir el suport als grans proveïdors de serveis socials que són les

famílies. En aquests moments s'està plantejant un model de petites comunitats amb serveis comuns fora dels circuits dels grans centres residencials i residències amb diferents intensitats de suport sanitari, que s'ha d'adaptar a cada territori. S'insisteix a considerar que la persona, tant si està institucionalitzada com si està a casa, ha de disposar d'un espai individual, personal i íntim de privacitat, del qual és propietària i sobre el qual decideix. Cal que l'atenció primària social i la sanitària treballin intensament de manera integrada per donar una resposta integral a les necessitats d'aquestes persones.

1.4.1. Antecedents i situació actual de les iniciatives polítiques

El Programa vida als anys (PVA), creat el 1986 pel Departament de Salut amb l'objectiu de millorar l'atenció a les persones grans malaltes, amb malaltia crònica i en situació de final de vida (51), sempre ha estat considerat el punt de partida de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya. Amb aquest Programa es va posar en marxa la cartera de serveis sociosanitaris, que inclou l'atenció de llarga estada, els hospitals de dia, l'estada mitjana per a convalescència i cures pal·liatives, les unitats funcionals interdisciplinàries sociosanitàries (UFISS), el Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) i equips de suport (PADES) i els equips multidisciplinaris d'avaluació integral ambulatòria (EAIA) en geriatria, cures pal·liatives i trastorns cognitius (13,52). Una dècada més tard es va aprovar, per l'Acord del Govern de 31 maig de 2005, el Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció a les persones amb dependència (ProDep) (53), i, l'any 2006 (54), el Pla director sociosanitari (PDSS). Més endavant, l'any 2010, el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (55), el 2011 (56), el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat a Catalunya (PPAC), els treballs del qual van servir com a base per avançar en el model d'atenció integrada promogut pel Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS), aprovat l'any 2014 (57).

Paral·lelament, en relació amb l'àmbit social, l'any 2006 es va aprovar la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (58), d'àmbit estatal i, a l'any següent, la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials (59).

Pel que fa a l'avaluació d'aquests plans i programes d'atenció integrada, l'any 2015, l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) va publicar una avaluació externa de nou models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Els resultats determinaven que les nou experiències eren heterogènies quant als proveïdors, població diana, fases d'evolució i perfils professionals, fet que assenyalava que es podien identificar quatre perfils de models que podien englobar el conjunt d'experiències (60). També descrivien que només les experiències

amb més antiguitat semblava que havien assolit la fase de consolidació. La majoria d'iniciatives es dirigien a qualsevol població amb risc de necessitat en salut i social. Només dos dels models es focalitzaven exclusivament en l'àmbit d'atenció a les persones amb problemes de salut crònics. Com a barreres, van identificar les resistències dels professionals al canvi i de les institucions i els proveïdors que tenien objectius propis i sistemes d'informació no compartits (60). El document tancava amb una sèrie de recomanacions dirigides als decisors en polítiques públiques (annex 2).

Actualment, el Pla de Govern vigent, corresponent a la legislatura XII, inclou com una acció prioritària garantir un sistema nacional de salut universal i equitatiu. Existeix, doncs, el compromís d'aprovar i desplegar una estratègia única d'atenció integrada social i sanitària a les persones grans o amb necessitats complexes, que promou l'autonomia personal i facilita la permanència en l'entorn habitual i la inclusió social d'aquestes persones (61). Aquesta acció preveu subaccions específiques ja emmarcades en el Pla de salut de Catalunya 2016-2020 (62) i identificades en el full de ruta del Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) de l'any 2014 (57), que se centren en:

- La integració dels sistemes d'informació socials i sanitaris.
- El desplegament de l'atenció integrada a domicili.
- L'aprovació i el desplegament del model d'atenció integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran i persones amb discapacitat.
- L'aprovació i el desplegament del Pla de prevenció, detecció i abordatge del maltractament en població infantil i adolescent, i gent gran i persones amb discapacitat.
- El desplegament dels plans d'atenció integrada a població en situació de vulnerabilitat: persones sense sostre, pobresa infantil, menors en situació de risc d'exclusió, menors no acompanyats, immigrants, etc. (61).

Herrera *et al.*, en un informe recent i exhaustiu sobre la integració de l'atenció social i sanitària a Catalunya, expliquen l'evolució del PIAISS resumint que la metodologia de treball durant la primera fase de desplegament va ser fonamentalment amb un enfocament de baix a dalt (*bottom-up*) i que en la segona fase es va proposar continuar amb els projectes territorials per la qual cosa es va posar en marxa, paral·lelament, un treball interdepartamental amb un enfocament de dalt a baix (*top-down*) (13,63).

El passat 25 de juny de 2019 es va aprovar per Acord del Govern el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS) (64) per tal d'assolir la iniciativa formalitzada en el Pla de Govern per a la XII legislatura (61), que pretén desplegar una estratègia única d'atenció integrada social i

sanitària. El PAISS defineix nous objectius amb la finalitat de continuar desenvolupant eines, estratègies i marcs avaluatius cabdals per a una atenció integral i integrada social i sanitària, i també es considera convenient modificar l'estructura dels òrgans de govern creats per a la governança.

El dia 13 de setembre de 2019 es va presentar el document de bases del Pla estratègic de serveis socials 2020-2024 (65). Destaca la *necessària integració i mirada horitzontal (intersectorial) tant en estratègies compartides comunitàries i preventives com en l'abordatge de casos complexos que requereixen la intervenció simultània i interrelacionada de diferents sectors de benestar com la salut, l'ensenyament, l'ocupació, l'habitatge, la garantia, etc.* Incorpora una nova mirada de la intervenció social dirigida cap al desenvolupament personal i l'enfortiment de les xarxes familiars i comunitàries, emmarcat en el model d'atenció centrat en la persona. D'aquesta manera, s'orienta la intervenció social a les necessitats, l'apoderament de les persones i la seva participació activa en el procés d'atenció.

1.4.2. Les recomanacions del Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya, 2018

L'informe recentment publicat pel Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya (CTESC) fa una anàlisi i unes recomanacions sobre la integració de l'atenció social i sanitària a Catalunya (13). El document inclou una anàlisi conceptual de l'atenció integrada social i sanitària, una descripció dels models existents, les aportacions al model català d'atenció integrada de diversos experts i un conjunt de consideracions i recomanacions que el CTESC planteja al Govern. Mitjançant l'anàlisi de la literatura existent i dels resultats de cinc experiències internacionals, s'explica que la integració de l'atenció social i sanitària es pot dur a terme a través de camins diversos. En relació amb el model català, el relat es construeix sobre la conveniència de transformar el model actual, els principis de l'atenció centrada en la persona i l'atenció a les persones amb necessitats complexes. També identifica elements del model català considerats clau: a) la vocació poblacional, b) la redefinició del rol de les persones subjectes a atenció i del seu entorn, c) el lideratge dels professionals com a motor de la transformació i d) una visió territorial en la implementació a través de la subsidiarietat i la responsabilitat compartida (13). El treball descriu facilitadors i barreres per al desplegament (annex 3) i posa de manifest la necessitat de transformar urgentment el model actual −que descriu com a fragmentat i ineficient− en un altre amb visió integral que posa les persones i les seves necessitats en el centre del sistema. Finalment, conclou que, a desembre de 2018, una part important del model fonamentat en el PIAISS està pendent de traslladar-se a la pràctica (13) i tanca el document amb una sèrie de recomanacions (annex 4).

2. Justificació del document

En els darrers anys, els països desenvolupats han optat per polítiques i estratègies dirigides a la millora de la salut i a la promoció de l'autonomia. Per fer-ho, han centrat els esforços per reorientar els sistemes sanitaris cap al desenvolupament de l'atenció integrada i donar resposta a les persones amb necessitats socials i sanitàries.

L'interès creixent en l'atenció integrada ha fet avançar en aquesta línia de recerca, ha fet proliferar experiències demostratives i proves pilot arreu del món que han evidenciat resultats contradictoris. D'una banda, es defensa que l'atenció integrada facilita el continu assistencial, considera els determinants socials de la salut i té més capacitat d'anticipació als problemes i per evitar les intervencions potencialment innecessàries. D'altra banda, tot i que hi ha consens polític general en què la integració de l'atenció és clau, manca un acord en el *com* s'ha d'assolir. En el que sí hi ha avinença general fins ara és en el fet que no hi ha un model o una solució única, sinó que s'ha d'adaptar a les particularitats de cada territori. Això ha evidenciat variabilitat en els resultats i dificultat per estendre'ls a tot el sistema, fet que augmenta les desigualtats i provoca iniquitat.

A Catalunya, de la mateixa manera que ha passat en països punters en el desenvolupament de l'atenció integrada, els models d'atenció integrada social i sanitària assajats han demostrat gran capacitat per fer projectes pilots i innovar des del lideratge professional. No obstant això, és essencial millorar en el rendiment i avançar en la manera com s'estenen els resultats a la resta del sistema amb criteris d'equitat, qualitat i eficiència. Per fer-ho, s'ha de garantir un finançament específic i la dotació d'eines necessàries per capacitar els professionals dels àmbits social i sanitari per al canvi.

3. Objectiu del document

L'objectiu d'aquest document és orientar en una fórmula concreta per al desenvolupament (governança i gestió) de les polítiques públiques de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries, que garanteixi l'equitat, la qualitat i l'eficiència des d'un model assistencial de proximitat per assolir la millora de la salut i el benestar de les persones.

4. Metodologia

Reunions de treball i deliberació entre els membres del Consell Assessor de Salut, de caràcter presencial i virtual, amb l'ús d'eines de treball col·laboratiu i revisió d'informes i bibliografia rellevant.

5. El procés deliberatiu

El punt de partida del Consell Assessor de Salut

El Consell Assessor de Salut es va constituir com un espai de reflexió serena, per tal d'actuar com a nucli de pensament i centrar les bases on estructurar el futur del model assistencial. Previ a la deliberació, seguint la dinàmica establerta des de l'inici de les sessions del CAS, es va decidir situar la discussió més enllà del marc normatiu actual.

Consell Assessor de Salut

Les primeres sessions de deliberació dels membres del Consell Assessor de Salut (CAS) es van centrar en els aspectes clau del sistema de salut català. Des de l'inici, es va identificar l'oportunitat que suposava l'actual consens sobre la necessitat d'integració dels entorns socials i sanitaris, per donar resposta a la demanda creixent d'atenció de les persones amb necessitats complexes.

La deliberació del CAS, que ha fonamentat les bases per a l'elaboració del present document, s'ha basat en la revisió de l'estat de la qüestió sobre l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries. L'extensa literatura publicada sobre l'atenció integrada[1] (intrasanitària i social-sanitària) i el recull de recomanacions realitzades per organitzacions de referència van permetre identificar qüestions rellevants i prioritàries establertes des d'una visió transversal i global de sistema.

Tradicionalment, la reorientació dels sistemes d'atenció assistencial per assolir un grau més alt d'integració ha tingut en compte les estructures, els models i els processos. La idea que els canvis estructurals constitueixen un bon punt de partida per dirigir la millora integral dels processos d'atenció a les persones ha estat àmpliament compartida. No obstant això, els canvis organitzatius que s'han intentat arreu no s'han pogut consolidar ni han complert les expectatives. Conseqüentment, per tal

[1] El Consell Assessor de Salut adopta la definició d'atenció integrada de la Terminologia de l'atenció integrada (TERMCAT), que la defineix com el *model d'atenció basat en les actuacions conjuntes i solidàries dels professionals i les organitzacions dels serveis socials i dels serveis sanitaris, que té com a objectiu obtenir bons resultats en salut i benestar, una adequada utilització dels recursos i una bona experiència d'atenció, amb la qual cosa es garanteix l'atenció integral i l'atenció centrada en la persona* (27).

de pal·liar aquest efecte, la resposta dels països més avançats en atenció integrada ha estat fer projectes demostratius i assajar microgovernances i aliances entre proveïdors, intentant centrar les cures en les necessitats de la persones (*Person-centred care*) en lloc de centrar-les en les necessitats dels serveis.

Avui, el repte està en el fet d'estendre els resultats d'aquestes experiències integradores a la totalitat d'un territori amb criteris d'equitat, qualitat i eficiència. No obstant això, encara no hi ha acord sobre quina hauria de ser la fórmula per continuar avançant en el desenvolupament (governança i gestió) de les polítiques públiques de l'atenció a les persones amb necessitat socials i sanitàries, garantir l'equitat, la qualitat i l'eficiència des d'un model assistencial de proximitat.

Es conclou que hi ha molta feina feta i que hi ha documents recents que fan recomanacions estratègiques, molt treballades de manera participada per experts en l'àmbit de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries.

El CAS proposa superar la fase de formulació de recomanacions i passar a l'acció. Es planteja l'articulació d'una fórmula, instrument o organisme, que assumeixi les recomanacions i el disseny, la planificació, la implementació i l'avaluació de les accions que ja han estat descrites, per fer-les efectives, independentment del debat de si s'han de fusionar o no les estructures departamentals. Hauria de ser una fórmula capaç de vehicular les estratègies i les accions ja definides a les polítiques públiques centrades en l'àmbit de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries amb criteris d'equitat, qualitat i eficiència.

6. La fórmula: ens públic per al desenvolupament de les polítiques d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya

6.1. Justificació de la creació d'un ens públic per al desenvolupament de les polítiques d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya

6.1.1. Responsable únic

Hi ha diverses maneres d'assolir una atenció integrada per a les persones amb necessitats socials i sanitàries. Independentment de quin model s'adopti, alguns dels factors clau que cal tenir en compte són la coordinació eficaç dels diferents tipus de serveis per tenir cura de les persones i la coordinació de les organitzacions de proveïdors assistencials per garantir la continuïtat de la seva atenció. En aquest context, els professionals sovint expressen la necessitat de disposar d'alguna estructura que es responsabilitzi i aporti solucions quan han de resoldre problemes del dia a dia. Sovint miren amunt i no obtenen resposta a la pregunta "*Hi ha algú?*". La literatura i l'evidència tampoc ofereixen una resposta clara sobre qui hi hauria d'haver i quina hauria de ser la resposta. La governança i la responsabilitat han esdevingut cada vegada més complexes, i els intents de racionalització i la simplificació no han estat efectius. Aquests intents no han pogut ordenar suficientment la diversitat de les organitzacions locals i la manca de connexió d'aquestes amb les estructures de la Generalitat.

Els ciutadans han de ser atesos des de la percepció d'una atenció única que resol els seus problemes, sense necessitat de conèixer si es tracta d'un o d'un altre tipus de servei. Els professionals han de poder desenvolupar el seu exercici professional amb el convenciment i la confiança que tenen el suport d'un ens que ajuda a resoldre les situacions de la pràctica habitual amb criteris d'equitat, qualitat i eficiència.

6.1.2. Equilibri de poders

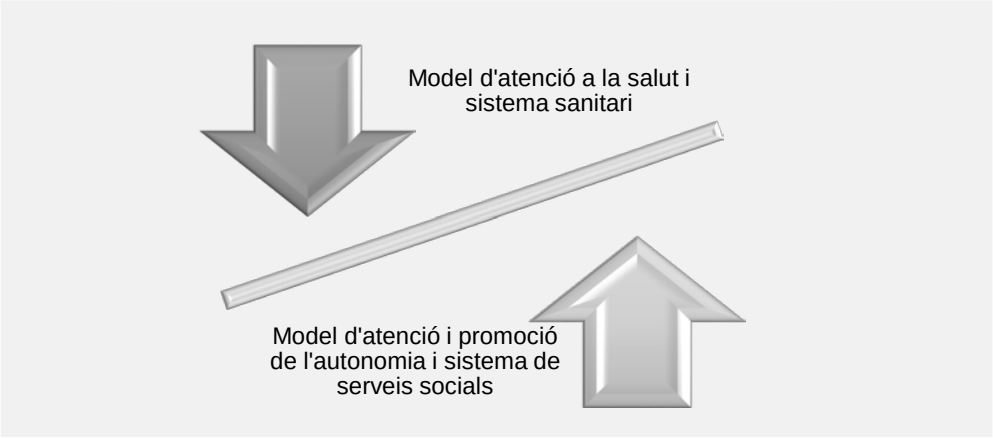
L'abundant casuística quotidiana, difícil d'encaixar en els perfils preestablerts, exigeix solucions *ad hoc* urgents; el fet que no n'hi hagi provoca patiment a les persones i als

professionals, causa tensió entre ambdós sistemes, sobrecarrega el sistema sanitari i provoca disfuncions, duplicitats, iniquitat i ineficiència en ambdues xarxes (social i sanitària).

En aquest context es troba a faltar un organisme que sigui capaç de governar prenent decisions estratègiques, vinculants i reproduïbles al conjunt del territori. Aquest organisme hauria de garantir l'equitat en l'accés i la qualitat de l'atenció, mitjançant la integració dels serveis socials i de salut per donar una atenció integral.

En l'anàlisi de les diverses fórmules de governança es detecta que, en els indrets on els sistemes sanitaris han estat dominants enfront de sistemes socials, els problemes de vessant social arriben a adquirir una vessant més sanitària. En canvi, allà on els sistemes sanitaris han evolucionat amb menys intensitat, els sistemes socials s'han apoderat per arribar tant a les poblacions generals com a les més vulnerables. Aquest desequilibri entre poders i sistemes els situa en extrems oposats d'un eix i il·lustra una situació que requereix l'esforç d'equilibrar els poders per garantir un model equitatiu, de qualitat i eficient d'atenció a les necessitats socials i sanitàries de les persones respectant les seves preferències i voluntats expressades (figura 1).

Figura 1. Desequilibri de poders entre els models d'atenció social i sanitària



Font: Elaboració pròpia.

Assolir un equilibri de poders entre ambdós sistemes és un repte singular que requereix d'una visió compartida i d'una estratègia consensuada i a llarg termini. Per fer-ho, sense obstaculitzar les funcions pròpies de cadascuna de les estructures existents (de salut i social) i donar, alhora, una resposta a les necessitats socials i sanitàries de la població des de la proximitat, es proposa la creació i posada en marxa d'un mecanisme o instrument que superi la fase de les experiències locals. La culminació d'aquestes experiències passa per escalar la innovació resultant d'una primera i perllongada fase de projectes pilots. S'ha de tenir en compte, però, que difícilment es podrà accelerar aquest procés d'integració a la totalitat del territori sense

una organització forta, un finançament adequat i la capacitació dels professionals per implementar el canvi.

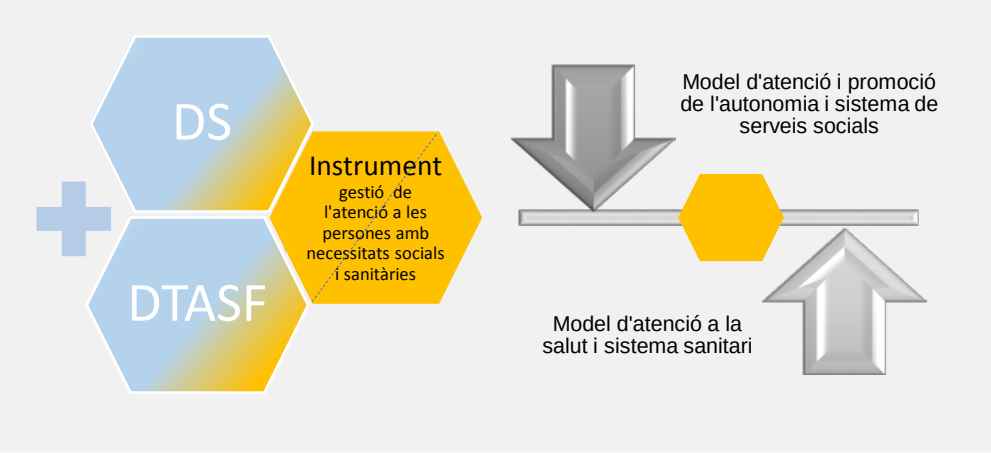
6.2. L'instrument

En línia amb les bases de la definició del model català d'atenció integrada i de l'informe publicat del Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya, el CAS insisteix en el fet que cal un consens en la delimitació dels drets i deures de les parts implicades. Partint d'aquest consens, caldria crear un instrument amb capacitat d'innovació per transformar la relació dels diferents nivells d'intervenció i implicar-hi tots els actors. Es tracta de crear un òrgan que executi les polítiques públiques d'atenció integral a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya. Aquest instrument ha de permetre l'exercici de les responsabilitats sobre la planificació de les estratègies i dels serveis per a la millora de la salut i la promoció de l'autonomia, i ha de garantir la cobertura en condicions d'equitat i qualitat dels serveis que es presten. Aquest òrgan respon a la necessitat de disposar d'un instrument que exerceixi l'autoritat social i sanitària fent efectiva la coordinació intersectorial i interadministrativa de manera depenent però diferenciada de l'estructura actual de l'administració governamental pública. D'aquesta manera es podrà dotar d'eficàcia, agilitat i flexibilitat les solucions a les necessitats i reptes plantejades per les persones amb dificultats socials i de salut.

S'ha de treballar perquè aquest instrument sigui percebut pels ciutadans com l'organisme que coordina les diferents administracions; pels professionals, com el que genera coneixement i innovació, els dota d'eines i promou la formació per capacitar-los per al canvi, i pels gestors dels serveis, com l'organisme que lidera coneixement i innovació, clarifica i ordena l'oferta de serveis i assigna els recursos disponibles en el sistema.

En termes de gestió, aquest ens es podria constituir com un organisme autònom administratiu, adscrit als departaments competents en matèria de salut i social, on l'òrgan de governança de l'ens estaria format per aquests departaments i el món local. Hauria de dur a terme la direcció estratègica que permeti operativitzar les actuacions per a l'acompliment del mandat d'ambdós departaments en matèria d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries, i avaluar-ne els resultats (figura 2). Aquest òrgan ha de ser el referent dels territoris i, per tant, ha de ser capaç d'articular la descentralització i territorialització de les seves actuacions.

Figura 2. Instrument i equilibri de poders entre els models d'atenció social i sanitària



Font: Elaboració pròpia.

Les estructures territorials han d'actuar sota les directrius de l'organisme central fent efectiva la integració dels diferents serveis de salut i socials. Aquesta integració s'ha de dur a terme mitjançant organitzacions executives, àgils i flexibles, amb capacitat per mobilitzar alhora els recursos socials i sanitaris locals, supralocals i governamentals. És necessari l'establiment d'un únic punt d'entrada en el sistema d'atenció integral i integrada social i sanitària que coordini, des de la proximitat, l'accés a tots els serveis de cobertura pública, incorporant i millorant la informació compartida, la gestió de casos, un instrument d'avaluació comú i un pla d'atenció individualitzat.

Conseqüentment, aquest òrgan hauria de disposar d'un pressupost específic, de capacitat de determinar la compra de serveis o, en el seu defecte, d'assignació de recursos socials i sanitaris, i fer-se responsable de retre comptes per garantir una atenció social i sanitària equitativa, de qualitat i eficient.

6.2.1. Principis i valors de l'àmbit de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries

L'ordenació i execució de les actuacions en matèria d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries haurà d'incorporar els principis i valors propis de l'àmbit. La visió serà realment compartida si es fonamenta en uns principis i valors comuns basats en el respecte a l'autonomia personal i a la dignitat de la persona. A continuació es descriuen aquests principis i valors en ordre alfabètic.

1. Agilitat, flexibilitat i transparència. Una organització executiva, àgil i flexible, amb capacitat per mobilitzar alhora els recursos socials i sanitaris locals, supralocals i governamentals.
2. Coneixement, recerca i innovació. Aglutinar, generar i difondre els coneixements i la capacitat d'innovació amb relació a l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries.
3. Empatia i respecte a la diversitat. Una organització inclusiva que garanteixi una atenció personalitzada i propera, que tingui en compte les voluntats, les preferències i les experiències de cada persona.
4. Equitat. L'equitat i la superació de les desigualtats socials, de gènere i territorials.
5. Governança compartida. Governança fonamentada en una concepció integral, integrada i intersectorial per assolir una millor atenció basada en les preferències de les persones i amb impacte sobre la seva salut i el seu grau d'autonomia.
6. Participació. Participació efectiva, tant individualment com col·lectiva per donar veu a les persones i posar en valor les seves necessitats des d'una visió global.
7. Proactivitat. Actitud proactiva en l'abordatge de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries des de la promoció de la salut i l'autonomia, la prevenció de la malaltia i la dependència i l'atenció a les persones.
8. Proximitat i descentralització. Necessitat de donar resposta a les necessitats de la població el més propera al seu entorn des d'una organització amb capacitat d'actuar de manera descentralitzada.
9. Qualitat i sostenibilitat. La racionalització, l'eficàcia, l'efectivitat, l'eficiència i la sostenibilitat en l'organització, fomentant i millorant la qualitat i la seguretat, avaluant les actuacions i incorporant la millor evidència disponible.
10. Universalització. Universalització i garantia de les prestacions per a l'atenció de les persones amb necessitats socials i sanitàries com un dret individual i social.

6.2.2. Funcions de l'instrument

Les funcions de l'instrument amb relació a la governança i a la presa de decisions:

a) Liderar l'estratègia per a l'atenció integral a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya en el marc intersectorial i interadministratiu.
b) Executar les polítiques públiques d'atenció integral a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya: fer-ne la planificació (promoció, prevenció i atenció), la gestió i l'avaluació. D'aquesta manera, s'operativitzarien les actuacions per a l'acompliment del mandat d'ambdós departaments en matèria d'atenció a les persones amb aquestes necessitats; se n'articularia la descentralització i la territorialització de les actuacions i se'n faria l'avaluació dels resultats.
c) Generar coneixement i innovació, clarificar i ordenar l'oferta de serveis.
d) Comprar, o en el seu defecte, assignar els recursos socials i sanitaris locals, supralocals i governamentals disponibles en el sistema.

7. Propostes i aspectes a considerar

Les persones amb necessitats socials i sanitàries i els professionals que els han de prestar una atenció integral i integrada fa molt temps que estan esperant poder disposar de referents que donin les indicacions i facilitin les eines per fer-ho. Més enllà de definir les estratègies, i sabent que algunes ja han estat definides, consensuades i acordades, s'espera que algú es faci responsable de liderar-les, implementar-les i dirigir-les amb la finalitat de poder contribuir a la millora de la salut i la promoció de l'autonomia amb criteris d'equitat, qualitat i eficiència.

Cal elaborar les bases del que ha de ser l'ens públic per al desenvolupament (governança i gestió) de les polítiques d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya. Cal establir terminis realistes per aprovar-les, però amb la màxima immediatesa possible. En paral·lel, cal realitzar les accions prioritàries acordades per a ambdós departaments al llarg dels darreres anys, que ja s'han fixat com a imprescindibles per avançar en el desenvolupament del model i que hauran de confluir amb les accions que en el futur farà el nou ens, que es descriuen a continuació i s'han resumit a la taula 3.

7.1. Creació de l'ens públic per al desenvolupament de les polítiques públiques de l'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya

7.1.1. Consensuar l'estratègia a mitjà i llarg termini

Avançar en assoliment d'una veritable atenció centrada en la persona implica que les persones tinguin el màxim control sobre les decisions que els afecten. Per fer-ho, és necessari desplegar una cultura de treball col·laboratiu protagonitzada tant per les persones com pels professionals. Cal posar l'accent en les voluntats, experiències i preferències de les persones, la capacitat de treball professional interdisciplinari, multidisciplinari i transdisciplinari i en la prestació d'una atenció integral i integrada.

A mesura que s'avança en el coneixement de les necessitats de la població, es demostra l'increment exponencial de les necessitats de ser cuidat molt superiors a les de ser diagnosticat.

És imprescindible posar èmfasi en la promoció i el manteniment de l'autonomia com a punt de *partida per evitar una situació encara més insostenible davant dels reptes dels col·lectius en* situació de vulnerabilitat i d'una població envellida i amb alta dependència social i sanitària.

En aquest sentit, no es pot obviar el debat sobre els límits de l'esforç per mantenir la vida, especialment en la fase final, quan és qüestionable el confort i la qualitat amb què es viu.

7.1.2. Definir les característiques de l'ens

Cal concretar la naturalesa jurídica, l'objecte, les funcions, les formes de gestió, l'estructura orgànica i territorial, el règim jurídic, els recursos humans, els règim econòmic i patrimonial, el pressupost i els mecanismes per a la transparència i rendició de comptes que emmarqui l'àmbit d'actuació, el propòsit i el rol de l'ens.

7.1.3. Elaboració i aprovació de la normativa de creació i regulació de l'ens

És imprescindible desenvolupar les bases normatives per a la creació i el funcionament de l'ens per apoderar, estabilitzar i reconèixer aquest instrument per desenvolupar el model d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries. Des del punt de vista normatiu, no s'ha de tenir por d'introduir elements innovadors que flexibilitzin les rigideses actuals que dificulten el treball transversal i intersectorial.

7.2. Àmbits d'actuació de l'ens

D'acord amb les polítiques públiques consensuades definides pel Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS, 2019), cal redefinir i reordenar definitivament la llarga estada, la variabilitat i la diversitat de l'atenció al sector residencial i el descans familiar, per l'endarreriment que porta, i continuar amb totes les altres accions prioritàries que s'orientin cap a:

7.2.1. Interacció entre l'atenció primària i comunitària de salut i l'atenció primària dels serveis socials bàsics.

7.2.2. Atenció integrada social i sanitària en l'entorn domiciliari.

7.2.3. Atenció social i sanitària integrada en els centres d'atenció diürna.

7.2.4. Atenció integrada de llarga durada, tant de l'àmbit sociosanitari com de salut mental de Catalunya.

7.2.5. Atenció sanitària integrada a les residències assistides de gent gran, de persones amb discapacitat i de persones amb trastorns mentals.

7.2.6. Model integrat dels sistemes d'informació social i sanitària.

7.2.7. Model integrat d'atenció sanitària i social a la primera infància amb discapacitat, trastorns mentals i malalties minoritàries.

7.2.8. Model integrat d'atenció sanitària i social a les dones en situació de vulnerabilitat: discapacitats, violència masclista, embaràs i maternitat amb exclusió social.

7.2.9. Model integrat de promoció de l'autonomia personal i prevenció de la institucionalització de les persones grans i de les persones amb trastorns mentals.

7.2.10. Pla integral de salut mental i addiccions en el desplegament del model d'atenció comunitària en salut mental i addiccions.

7.3. Accions operatives a prioritzar

Per tal de donar una resposta integral amb solucions compartides en àmbits com els sistemes d'informació, el model d'atenció comunitària, l'atenció domiciliària i l'atenció en l'àmbit residencial, el Consell Assessor de Salut també proposa accions prioritàries:

7.3.1. Establir espais de participació ciutadana i de professionals

Dissenyar una proposta d'espais i instruments perquè la ciutadania i els professionals puguin participar en el procés de definició de l'ens públic. Aquests espais haurien de permetre millorar la transparència i la qualitat.

7.3.2. Promoure les xarxes socials i el voluntariat

Les xarxes socials i el voluntariat aporten valor afegit perquè complementen l'atenció que reben les persones amb necessitats socials i sanitàries, especialment pel que fa a les que més depenen dels serveis, com ara aquelles que presenten múltiples situacions de llarga durada o problemes de salut mental.

7.3.3. Dotar els ciutadans i els professionals de les eines per a la presa de decisions compartides

Promoure l'autocura i l'alfabetització per a la salut i l'autonomia és cabdal. El *health literacy o* alfabetització per a la salut és un concepte que s'ha anat treballant i desenvolupant en els darrers anys. Cal continuar treballant en aquesta línia i estendre-

la a l'àmbit de l'atenció social i social-sanitària pels seus efectes en l'experiència i resultats de les persones amb necessitats socials i sanitàries, dels seus cuidadors i dels professionals en la utilització dels serveis i en la despesa. També, promoure, desenvolupar i generalitzar l'ús de la planificació de les decisions anticipades com a eina de suport a ciutadans i professionals.

7.3.4. Iniciar el diàleg entre l'Administració pública, les institucions, els representants dels treballadors i els professionals d'ambdós sectors per tal d'explorar possibilitats d'apropament, començant per les condicions de treball

La dificultat d'integrar dos sistemes de treball, amb cultures i condicions laborals tant diferents és un gran repte i comporta resistències considerables (inclosa la governança i la gestió). Aquest fet no pot continuar bloquejant l'avenç.

7.3.5. Redefinir els rols professionals de l'àmbit de salut i social

Els professionals de diversos sectors han de treballar conjuntament, units per un objectiu comú: la millora de la salut i benestar de la persona. S'ha observat que, sovint, els actors implicats es resisteixen al canvi per por de perdre el seu poder i posició. S'ha de treballar per ajustar funcions, competències i necessitats de les institucions els professionals.

7.3.6. Potenciar la recerca i innovació per transformar l'atenció a les persones i millorar l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència del sistema d'atenció social i sanitari

Impulsar i promoure la recerca específica sobre l'atenció social i sanitària per conèixer com els diferents actors interpreten i mesuren l'atenció integrada des de la seva experiència i a partir dels resultats en salut i en autonomia. També, cal aprofitar els avantatges de les tecnologies i la innovació en la cerca de solucions a les situacions que generen necessitats socials i sanitàries, especialment al domicili.

7.3.7. Avaluar l'impacte de les actuacions dirigides a la millora de la salut i de l'autonomia de les persones amb necessitats socials i sanitàries

La integració es pot concretar en una reorganització estructural, en una millor governança, una millora del treball en equip dels professionals de diferents sectors o

de diverses formes de finançament, entre altres. En totes aquestes intervencions s'ha de monitorar i avaluar la capacitat per mobilitzar tots els proveïdors de salut i de serveis socials i dels professionals que hi participen. Per això és necessari avançar en un marc avaluatiu transversal per identificar aquelles mesures que permetin millorar l'atenció a les persones.

7.3.8. Assajar diferents sistemes de pagament, mecanismes de contractació i de rendició de comptes

L'aplicació de diferents criteris o protocols per part dels professionals en funció de l'entitat que els contracta provoca duplicitats i variabilitat. Això evidencia la necessitat de retre comptes i avaluar els resultats de forma conjunta independentment de l'origen dels professionals. Cal establir els mecanismes per a la rendició de comptes amb indicadors socials i de salut comuns.

Cal considerar la professionalització de les cures, els resultats de la qualitat de l'atenció que es presta i el pagament per resultats. Tampoc podem oblidar respondre a les necessitats de les famílies cuidadores desplegant sistemes de pagament que permetin garantir la seva salut i el seu benestar.

7.3.9. Unificar els àmbits territorials de les àrees bàsiques socials i sanitàries

L'organització territorial dels sistemes d'atenció social i d'atenció sanitària no són coincidents. Aquest fet condiciona qualsevol treball conjunt, tant d'organitzacions com de professionals.

Les delimitacions territorials han de ser les mateixes per a tots, i s'ha de facilitar una atenció integral integrada a les persones amb necessitats socials i sanitàries.

Taula 3. Elaboració de les bases de l'ens públic, àmbits d'actuació i accions

Elaboració de bases de l'ens públic, àmbits d'actuació i accions
1. Creació de l'ens públic per al desenvolupament (governança i gestió) d'atenció a les persones amb necessitats socials i sanitàries a Catalunya
1.1. Consensuar l'estratègia a mitjà i llarg termini
1.2. Definir les característiques de l'ens
1.3. Elaborar i aprovar la normativa de creació i regulació de l'ens
2. Àmbits d'actuació de l'ens
2.1. Atenció primària i comunitària de salut i atenció primària dels serveis socials bàsics
2.2. Entorn domiciliari
2.3. Centres d'atenció diürna
2.4. Atenció de llarga durada
2.5. Residències assistides
2.6. Sistemes d'informació
2.7. Primera infància amb discapacitat, trastorns mentals i malalties minoritàries
2.8. Dones en situació de vulnerabilitat
2.9. Promoció de l'autonomia personal i prevenció de la institucionalització.
2.10. Salut mental i addiccions.
3. Accions operatives que cal prioritzar
3.1. Establir espais de participació ciutadana i dels professionals
3.2. Promoure les xarxes socials i el voluntariat
3.3. Dotar els ciutadans i els professionals de les eines per a la presa de decisions compartides
3.4. Redefinir els rols professionals de l'àmbit de salut i social
3.5. Iniciar el diàleg entre l'Administració pública, les institucions, els representants dels treballadors i els professionals d'ambdós sectors per tal d'explorar possibilitats d'apropament, començant per les condicions de treball
3.6. Potenciar la recerca i innovació per transformar l'atenció a les persones i millorar l'accessibilitat, la qualitat i l'eficiència del sistema d'atenció social i sanitari
3.7. Avaluar l'impacte de les actuacions dirigides a la millora de la salut i de l'autonomia de les persones amb necessitats socials i sanitàries
3.8. Assajar diferents sistemes de pagament, mecanismes de contractació i de rendició de comptes
3.9. Unificar els àmbits territorials de les àrees bàsiques socials i sanitàries

Font: Elaboració pròpia.

8. Bibliografia

1. Baxter S, Johnson M, Chambers D, Sutton A, Goyder E, Booth A. Understanding new models of integrated care in developed countries: a systematic review. Heal Serv Deliv Res [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 2];6(29). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519478/pdf/Bookshelf_NBK519478.pdf
2. Charles A, Wenzel L, Kershaw M, Ham C, Walsh N. A year of integrated care systems: reviewing the journey so far [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 11]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/2018-09/Year-of-integrated-care-systems-reviewing-journey-so-far-full-report.pdf
3. Goodwin. Understanding Integrated Care. Int J Integr Care [Internet]. 2016 Jun 17 [cited 2019 May 23];16(4):1–4. Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.316/
4. Health Organization Regional Office for Europe W. Integrated care models: an overview Working document [Internet]. 2016 [cited 2019 May 6]. Available from: http://www.euro.who.int/pubrequest
5. Nicholson C, Hepworth J, Burridge L, Marley J, Jackson C. Translating the Elements of Health Governance for Integrated Care from Theory to Practice: A Case Study Approach. Int J Integr Care [Internet]. 2018 Jan 31 [cited 2019 Jul 12];18(1):11. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29588645
6. Wankah P, Guillette M, Dumas S, Couturier Y, Gagnon D, Belzile L, et al. Reorganising health and social care in Québec: a journey towards integrating care through mergers. London J Prim Care (Abingdon) [Internet]. 2018;10(3):48–53. Available from: https://doi.org/10.1080/17571472.2018.1453957
7. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs Lessons from seven international case studies [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 2]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/providing-integrated-care-for-older-people-with-complex-needs-kingsfund-jan14.pdf
8. Humphries R. Integrated health and social care in England - Progress and prospects. Health Policy (New York) [Internet]. 2015 Jul 1 [cited 2019 May 6];119(7):856–9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015001177
9. World Health Organization Regional Office for Europe. Integrated care models: an overview Working document [Internet]. 2016 [cited 2019 Apr 2]. Available from: http://www.euro.who.int/pubrequest
10. Goodwin, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions: Key lessons and markers for success [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 8]. Available from: www.kingsfund.org.uk
11. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med [Internet]. 2014 [cited 2019 Jul 22];12(6):573–6. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25384822
12. Goodwin N, Smith J. The evidence base for integrated care. Nuffield Trust. [Internet]. 2011 [cited 2019 May 14]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/evidence-base-integrated-care

13. Herrera D, Riudor X, Villar V. Integració de l'atenció social i sanitària. Col·lecció Estudis i Informes. Número 51 [Internet]. Barcelona; 2018 [cited 2019 Jun 13]. Available from: http://ctesc.gencat.cat/doc/doc_16249881_1.pdf
14. Fulop N, Mowlem A, Edwards N. Building integrated care Lessons from the UK and elsewhere the voice of NHS leadership [Internet]. London; 2005 [cited 2019 May 13]. Available from: www.nhsconfed.org
15. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Q [Internet]. 1999 [cited 2019 Jul 25];77(1):77–110, iv–v. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10197028
16. NHS providers. The journey to integrated care systems. Provider voices. [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 11]. Available from: https://nhsproviders.org/media/518336/provider-voices-the-journey-to-integrated-care-interactive.pdf
17. Exworthy M, Powell M, Glasby J. The governance of integrated health and social care in England since 2010: great expectations not met once again? Health Policy (New York) [Internet]. 2017 Nov [cited 2019 Jul 11];121(11):1124–30. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851017301987
18. Williams P. House of Commons Health and Social Care Committee Integrated care: organisations, partnerships and systems Seventh Report of Session 2017-19 Report, together with formal minutes relating to the report [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 11]. Available from: www.parliament.uk/hsccom
19. Ham C, Heenan D, Longley M, Steel DR. Integrated care in Northern Ireland, Scotland and Wales: Lessons for England [Internet]. London; 2013 [cited 2019 Jul 15]. Available from: www.kingsfund.org.uk
20. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 2]. Available from: www.who.int
21. Bautista MAC, Nurjono M, Lim YW, Dessers E, Vrijhoef HJ. Instruments Measuring Integrated Care: A Systematic Review of Measurement Properties. Milbank Q [Internet]. 2016 Dec [cited 2019 May 6];94(4):862–917. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27995711
22. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. Int J Integr Care [Internet]. 2009 Jun 17 [cited 2019 May 23];9(2). Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.316/
23. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat [Internet]. Sixty-ninth World Health Assembly. 2016 [cited 2019 Aug 6]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1,
24. Contandriapoulos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodríguez C. The integration of health care: dimensions and implementation. Working Paper N04–01 [Internet]. Montréal: Université de Montréal; 2003 [cited 2019 Aug 6]. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/bc65/0770724a4ec2744d199e5a186485c65d6a47.pdf?_ga=2.235342337.1840487881.1565095257-1336532186.1565095257
25. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care [Internet]. 2002 Nov 14 [cited 2019 Jun 13];2(4). Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.67/

26. National Voices. A Narrative for Person-Centred Coordinated Care [Internet]. NHS England: London; 2013 [cited 2019 Aug 6]. Available from: www.nationalvoices.org.uk@NVTweetingwww.thinklocalactpersonal.org.uk@TLAP1
27. TERMCAT. Atenció integrada. Terminologia de l'atenció integrada [Internet]. [cited 2019 Oct 1]. Available from: https://www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/230/search/atenció integrada?type=basic&language=&condition=match
28. Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. Gac Sanit [Internet]. 2011 Dec 1 [cited 2019 Jul 18];25:138–46. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911111002652
29. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes [Internet]. 2010 [cited 2019 Jul 25]. Available from: www.kingsfund.org.uk/publications
30. Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas Area of Health Systems Based on Primary Health Care (HSS) Integrated Health Services Project [Internet]. Washington, D.C.: HSS/IS; 2011 [cited 2019 Jul 25]. Available from: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf
31. Gagnon F, Kouri D, Burtan M. Integrated governance and healthy public policy: two canadian examples [Internet]. 2008 [cited 2019 Jul 17]. Available from: www.ncchpp.ca
32. Amelung VE, Reichert A, Urbanski D, Matejevic L, O 'riordan E, Blatt E, et al. Integrating Health and Social Care A global perspective of experience, best practices and the way forward. 2014.
33. Cameron A, Lart R, Bostock L, Coomber C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. Health Soc Care Community [Internet]. 2014 May [cited 2019 Jul 25];22(3):225–33. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23750908
34. Ham C, Imison C, Goodwin N, Dixon A, South P. Where next for the NHS reforms? The case for integrated care Proposed legislation and future policy: summary of recommendations The King's Fund Response [Internet]. 2011 [cited 2019 May 14]. Available from: www.kingsfund.org.uk
35. Royce R. No easy passage to integrated care because vested interests are at stake. Manag Care [Internet]. 2013 Oct [cited 2019 Jul 18];22(10):27–8. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24344524
36. Demers L. Mergers and integrated care: the Quebec experience. Int J Integr Care [Internet]. 2013 Feb 22 [cited 2019 Jul 23];13(1). Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1140/
37. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving upstream to improve the nation's health [Internet]. Washington, D.C.: The National Academies Press; 2019 [cited 2019 Oct 7]. Available from: https://www.nap.edu/catalog/25467
38. The Lancet. No health care without social care [Internet]. Vol. 394, The Lancet. Elsevier; 2019 Oct [cited 2019 Oct 7]. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619322664
39. Integrated care systems. NHS England [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: https://www.england.nhs.uk/integratedcare/integrated-care-systems/
40. Better Care Fund. NHS England. [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from:

https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/bcf-plan/

41. Scotland A. What is integration? A short guide to the integration of health and social care services in Scotland [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 17]. Available from: www.audit-scotland.gov.uk/about/ags
42. Mead E, Baird J, Stark C. Developing a Lead Agency Model for the delivery of integrated health and social care. Int J Integr Care [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2019 Aug 8];14(6). Available from: http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.1691/
43. Highland Health and Social Care integration performs well. NHS Highland. [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: https://www.nhshighland.scot.nhs.uk/News/Pages/HighlandHealthandSocialCareintegrationperformswell.aspx
44. Malone S, Hayes M. Integrated Care Partnerships Northern Ireland - Leading Integration; Delivering Better Outcomes. Int J Integr Care [Internet]. 2017 Oct 17 [cited 2019 Aug 8];17(5):234. Available from: https://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.3544/
45. Integrated Care Partnerships (ICPs). Health and Social Care Board. [Internet]. [cited 2019 Aug 8]. Available from: http://www.hscboard.hscni.net/icps/
46. Local Government Association, Social Care Institute for Excellence. Achieving Integrated Care: 15 best practice actions [Internet]. London; 2019. Available from: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/Achieving Integrated Care- 15 best practice actions WEB.pdf
47. Lara Montero A, van Duijn S, Zonneveld N, Minkman M, Nies H. Integrated Social Services in Europe [Internet]. Brighton; 2016 [cited 2019 Jul 17]. Available from: http://ec.europa.eu/social/easi
48. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. LLEI 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya [Internet]. 1990 [cited 2019 Mar 27]. Available from: https://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/1324/1603354.pdf
49. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986. [Internet]. Boletin Oficial del Estado 1986 p. 1–24. Available from: https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf
50. Diari Oficial de Publicacions de la Generalitat de Catalunya. Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència [Internet]. 2006. Available from: https://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/299/1692643.pdf
51. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Ordre de 29 de maig de 1986, de creació del programam "Vida als Anys" d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia. 1986. p. DOGC 694; pàgines 1753-1754.
52. Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla Director Sociosanitari [Internet]. Barcelona; 2006 [cited 2019 Aug 9]. Available from: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Sociosanitari/Pla-director/pd_socisanitari271006.pdf
53. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV de 31 maig 2005, pel qual es crea el Programa per a l'impuls i l'ordenació de la promoció de l'autonomia personal i l'atenció de les persones amb dependències. 2005.
54. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. DECRET 39/2006, de 14 de març, pel qual es crea el Pla director sociosanitari i el seu Consell Assessor. [Internet]. 2006. Available from:

https://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/4594/1267964.pdf

55. Departament de Salut. Pla integral d'atenció a les persones amb transtorn mental i addicions [Internet]. Barcelona; 2010 [cited 2019 Oct 17]. Available from: https://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_trastorn_mental_addiccions/docs/pla_integral_atencio_persones_trastorn_mental_addicions.pdf
56. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/108/2011, de 5 de juliol, pel qual es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. 2011;37282–6.
57. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/28/2014, de 25 de febrer, pel qual es crea el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). 2014;1–7.
58. Jefatura del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situaión de dependencia. Boletín Of del Estado. 2006;(299):44142–56.
59. Diari Oficial de Publicacions de la Generalitat de Catalunya. LLEI 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. [Internet]. 2007. Available from: https://portaldogc.gencat.cat/utilsEADOP/PDF/4990/1603233.pdf
60. Serra-Sutton V, Montané C, Pons JMV, Espallargues M. Avaluació externa de 9 models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya [Internet]. Barcelona; 2015 [cited 2019 Jun 13]. Available from: http://aquas.gencat.cat
61. Pla de Govern XII Legislatura [Internet]. Barcelona; 2018 [cited 2019 Mar 27]. Available from: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/ambits_actuacio/pla_govern/XII_legislatura/XII_PdG.pdf
62. Departament de Salut. Línies estratègiques. Departament de Salut [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 22]. Available from: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/linies-estrategiques/
63. Generalitat de Catalunya. Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària 2017-2020 [Internet]. Barcelona; 2016 [cited 2019 Apr 3]. Available from: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_document_desplegament_2017_2020.pdf
64. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. ACORD GOV/91/2019, de 25 de juny, pel qual es crea el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS). 2019 p. 1–7.
65. Departament de Treball Afers Socials i Families. Pla Estratègic de Serveis Socials. Document de bases (esborrany). [Internet]. Barcelona; 2019. Available from: https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/pla-estrategic-de-serveis-socials-de-catalunya/PESS2020-24/

9. Annexos

9.1. Annex 1. Quinze accions de bones pràctiques dirigides a les organitzacions locals per assolir l'atenció integrada. LGA – SCIE, 2019

Quinze accions de bones pràctiques dirigides a les organitzacions locals per assolir l'atenció integrada. LGA – SCIE, 2019(46)

- ✓ Realitzar una atenció coordinada centrada en la persona
  1. Estratificació de risc
  2. Accés a la informació
  3. Formació d'equips multidisciplinaris
  4. Plans de cures personalitzats
  5. Resposta ràpida
- ✓ Crear un sistema d'atenció i suport en el lloc d'atenció
  6. Marc operatiu
  7. Comissionats d'atenció integrada
  8. Històries clíniques compartides
  9. Capacitat comunitària
  10. Aliances amb el voluntariat, la comunitat i les entitats socials
- ✓ Liderar per integrar
  11. Objectiu comú
  12. Cultura col·laborativa
  13. Assignació de recursos
  14. Rendició de comptes
  15. Planificació de professionals

Font: Local Government Association, Social Care Institute for Excellence. Achieving Integrated Care: 15 best practice actions. London; 2019. Disponible a: https://www.local.gov.uk/sites/default/files/documents/Achieving Integrated Care- 15 best practice actions WEB.pdf

9.2. Annex 2. Recomanacions. Avaluació externa dels nou models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. AQuAS, 2015

Recomanacions. Avaluació externa dels nou models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya, AQuAS, 2015 (60)

- ✓ Suport institucional amb recursos **i** retroacció de comunicació
- ✓ El Pla interdepartamental ha de ser potenciador d'atenció integrada i ha de dotar de recursos i estructures per dur-la a terme
- ✓ S'ha d'anar cap a un model de l'atenció centrada en la persona real
- ✓ El Pla interdepartamental és important per tal de marcar les directrius clares per a tots els models
- ✓ És necessari proporcionar recursos (i formalitzar-los de manera institucional) i motivar (estendre el projecte) els professionals per tal de garantir-ne la continuïtat
- ✓ A llarg termini, caldrà pensar a crear un tercer sistema (sistema de «producció» conjunt social i sanitari)
- ✓ S'han de prioritzar uns sistemes d'informació compartits
- ✓ Implicació (lligam institucional) entre salut, benestar i ajuntaments
- ✓ Cal fer un acompanyament en el canvi: són canvis de competències, de model, de metodologies de treball, i tot això genera moltes resistències
- ✓ S'ha de repensar el paper de l'atenció primària i dotar-la d'eines i de recursos. L'atenció primària hauria de ser un dels eixos clau
- ✓ Cal legitimar el treball col·laboratiu: incentivar, valorar i reconèixer el treball col·laboratiu; hores i feina dedicades
- ✓ Cal la legitimació i posicionament dels departaments (social i salut) per establir objectius comuns previstos als contractes programa, als territoris o als mecanismes de cooperació (el que hi ha en aquests moments no és suficient)
- ✓ La voluntat política ha d'estar molt clara
- ✓ Els professionals s'han de conèixer per poder treballar junts
- ✓ Durant la carrera (sobretot en l'àmbit sanitari) seria important ensenyar que és important no tan sols el vincle amb el pacient, sinó la relació i el coneixement del seu entorn i el treball en equip i integrat

Font: Serra-Sutton V, Montané C, Pons JMV, & Espallargues M. (2015). Avaluació externa de nou models col·laboratius d'atenció social i sanitària a Catalunya. Barcelona. Retrieved from http://aquas.gencat.cat

9.3. Annex 3. Facilitadors i barreres per al desplegament de la integració de l'atenció social i sanitària. CTESC, 2018

Facilitadors i barreres per al desplegament de la integració de l'atenció social i sanitària. CTESC, 2018 (13)

✓ Facilitadors per al desplegament de la integració de l'atenció social i sanitària

a. El canvi social, demogràfic i epidemiològic: en el sentit que planteja nous reptes d'atenció social i sanitària que requereixen respostes immediates i disruptives

b. L'acumulació d'experiència en integració social i sanitària a través de proves pilot i programes experimentals (alguns dels quals molt consolidats) en l'àmbit local i/o comarcal

c. L'elaboració del PIAISS, el qual ha servit per visualitzar, mobilitzar i posar en contacte diferents voluntats a favor de la integració

d. L'interès dels professionals dels àmbits social i sanitari per donar una resposta més adequada a les necessitats de les persones usuàries

e. Un sistema d'informació sanitària pràcticament comú a tot el territori que permet estratificar la població, fer previsions de necessitats i desenvolupar instruments com la història clínica compartida a Catalunya (HCCC)

f. Un sistema sòlid d'atenció primària de salut, d'accés directe, finançament públic i caràcter universal

✓ Barreres per al desplegament de la integració de l'atenció social i sanitària

a. La manca de lideratge, tant en els àmbits territorial i professional com, sobretot, polític

b. La circumscripció dels processos d'integració en proves pilot que es dilaten en el temps, sense ser avaluades ni escalades al conjunt del territori

c. L'existència d'interessos corporatius (professionals, de proveïdors, etc.) que, a la pràctica, es tradueixen en resistències al canvi

d. Els dèficits de confiança mútua que es donen en ocasions entre els àmbits social i de la salut, entre les atencions primàries i especialitzades i entre l'Administració pública i els proveïdors

e. Les diferències entre el paradigma de l'atenció aguda i el de l'atenció de llarga durada (com per exemple necessitats cròniques socials i/o sanitàries) pel que fa als seus procediments i objectius

f. La manca de coordinació entre el sistema d'atenció social i el sistema d'atenció sanitària en relació amb l'atenció integrada

g. Les diferències entre les cultures professionals dels àmbits social i sanitari

h. Un sistema de formació inicial i contínua que no prepara els professionals per a l'atenció integrada centrada en la persona

i. Un nombre elevat d'usuaris per professional i manca de temps per a la coordinació que implica l'atenció integrada

j. La manca de valoració social de tot allò que està relacionat amb la cura de les persones, en comparació amb la que rep el sistema sanitari

k. Una distribució desequilibrada de recursos entre l'atenció social primària i l'atenció social especialitzada, i la manca de coordinació entre aquests dos nivells assistencials

l. La manca d'experiència en la coordinació horitzontal entre serveis diferents: serveis socials, salut, habitatge, treball, educació, habitatge, etc.

m. I, en definitiva, uns sistemes encara excessivament burocràtics i rígids

Facilitadors i barreres per al desplegament de la integració de l'atenció social i sanitària. CTESC, 2018 (13)

n. Dificultats d'encaix entre els sistemes social i sanitari com una de les barreres més importants de cara a la integració de l'atenció a Catalunya, per diverses raons:

o.

a) El sistema d'atenció social està menys desenvolupat i és més feble que el sistema sanitari, i no té ben definit el seu perímetre sectorial

b) El sistema sanitari és universal mentre que la major part dels serveis socials tenen un accés condicionat

c) Els serveis sanitaris es financen a partir dels pressupostos públics, mentre que la major part dels serveis socials es cofinancen amb la participació dels usuaris

d) El sistema sanitari està centralitzat i té uns criteris d'accés únics, mentre que el serveis socials estan descentralitzats i l'accés a les prestacions bàsiques pot variar en funció de l'àmbit local

e) Els serveis socials estan orientats envers l'atenció de llarga durada, mentre que el sistema sanitari té uns temps d'estada més curts

f) Les condicions laborals dels treballadors dels sectors social i sanitari són diferents

g) El sistema sanitari ofereix serveis a les persones, mentre que els serveis socials sovint ofereixen prestacions econòmiques

h) Les divisions territorials del sistema sanitari i de serveis socials no coincideixen i això dificulta la coordinació entre dispositius i professionals

i) L'àmbit sanitari té un sistema d'informació pràcticament únic a tot el territori, mentre que en el cas de serveis socials aquest està molt fragmentat i desigualment desenvolupat

j) Hi ha un desequilibri entre els dos sistemes pel que fa al volum de coneixement científic, l'acumulació d'evidències empíriques, amb una manca molt important de models predictius en l'àmbit social que permetin fer una planificació acurada

k) A diferència del que passa en el sistema sanitari, l'àmbit social no disposa de dispositius estandarditzats per conèixer la valoració que fan les persones usuàries de l'atenció rebuda

Font: Herrera, D., Riudor, X., & Villar, V. (2018). Integració de l'atenció social i sanitària. Col·lecció Estudis i Informes. Número 51. Barcelona. Retrieved from http://ctesc.gencat.cat/doc/doc_16249881_1.pdf

9.4. Annex 4. Recomanacions. Integració de l'atenció social i sanitària, CTESC, 2018

Recomanacions. Integració de l'atenció social i sanitària, CTESC, 2018(13)

✓ **Pel que fa a la necessitat i l'oportunitat de l'atenció integrada social i sanitària**

1. Accelerar el procés d'integració de l'atenció social i sanitària a tot Catalunya i sobre la base d'un calendari realista
2. Assolir un compromís polític amb un lideratge fort de tot el Govern que faci de l'atenció integrada una prioritat de país
3. Establir lideratges polítics, però també professionals, per fer front als reptes de la integració de l'atenció social i sanitària en tant que transformació innovadora i d'abast estructural
4. Reforçar i difondre la vessant social del relat a l'entorn dels beneficis i les possibilitats de l'atenció integrada, amb la participació i adhesió de la societat civil
5. Establir un Acord estratègic i un Pla d'acció per al desenvolupament de l'atenció integrada social i sanitària a Catalunya entre els diferents nivells de l'Administració pública i amb la participació de les organitzacions empresarials i sindicals, les entitats del tercer sector, els col·legis professionals, etc. L'Acord estratègic ha de definir el model d'atenció integrada social i sanitària centrada en la persona, així com les línies a desenvolupar pel Pla d'acció. Aquest Pla hauria de ser ambiciós i realista, tenir un horitzó temporal raonable i comptar amb instruments sòlids (calendari, sistema de governança, avaluació i indicadors, memòria econòmica, etc.)

✓ **En relació amb el model català d'atenció integrada social i sanitària:**

6. Dotar el model d'una vocació universal, si bé en una primera fase pugui ser convenient prioritzar l'atenció a determinats perfils de necessitats de tot el territori
7. No donar per descomptat que la integració ha de ser necessàriament estructural, però sí que ha de ser com a mínim funcional, és a dir, ha de ser efectiva en l'àmbit de l'atenció a les persones i de l'assignació de recursos econòmics
8. Impulsar un model que consideri l'atenció primària i comunitària com una garantia per atendre necessitats socials i sanitàries de manera adequada i eficient
9. Ampliar substancialment i donar un paper central als serveis d'atenció domiciliària (ex. serveis d'ajuda a domicili i/o serveis de les tecnologies de suport i cura), tant de l'àmbit social com sanitari, centrats en la persona i la seva família. L'eficiència dels serveis d'atenció domiciliària requereix reduir prèviament les llistes d'espera de forma considerable
10. Desplegar serveis de suport a les famílies i a les persones cuidadores: prestacions econòmiques, accions formatives, oportunitats per al descans, etc.
11. Potenciar el paper de la societat civil, del voluntariat i del veïnatge en la detecció de necessitats i la seva resolució integrada
12. Fer efectiva la participació de la ciutadania en la definició, la implementació i l'avaluació del model
13. Apoderar la persona usuària en el procés de presa de decisions relatives a la gestió de la seva salut i les característiques de l'atenció, el tractament o la intervenció rebuts
14. Promoure la prevenció, entesa com la participació activa de les persones en la seva salut, a través de la presa de consciència dels determinants de la salut i de la promoció d'uns estils de vida i hàbits saludables
15. Potenciar les capacitats i l'autonomia personal
16. Ampliar el concepte d'atenció pal·liativa i transitar cap a un model en el qual es presti una atenció global més precoç, amb programes específics d'atenció a les necessitats de les persones properes a les fases de final de vida. Aquesta acció ha d'adaptar-se a l'estructura poblacional, a les previsions de longevitat i a l'increment de les persones en situació de final de vida
17. Elaborar un estudi sobre els costos i els beneficis que suposaria l'apropament progressiu de les condicions laborals dels i les professionals d'ambdós sectors
18. Evitar que el desplegament de la integració es fonamenti en una sola intervenció, atès que l'experiència acumulada indica que les accions concertades, coordinades i sincronitzades (ex. "models multipalanca") són les que s'han demostrat efectives
19. Incentivar la pràctica col·laborativa entre professionals i àmbits assistencials diferents i reconèixer que aquest és un factor o *input* organitzatiu imprescindible de cara a l'articulació de respostes assistencials

Recomanacions. Integració de l'atenció social i sanitària, CTESC, 2018(13)

20. Dotar-se d'un marc integrat d'avaluació contínua del desplegament i funcionament de l'atenció integrada
21. Actualitzar la cartera de serveis socials de l'any 2010 i desenvolupar un catàleg específic de serveis socials i sanitaris integrats, encara que inicialment puguin ser de caràcter compartit i complementari

✓ **Quant a la governança de l'atenció integrada social i sanitària:**

22. Crear una estructura de governança amb equilibri de poders entre els sectors social i sanitari i amb capacitat de prendre decisions
23. Definir en l'organigrama del Govern un comissionat de serveis d'atenció a les persones que depengui del Departament de la Presidència, amb l'objectiu de coordinar la integració de l'atenció social i sanitària
24. Dissenyar un model de governança flexible que fixi objectius concrets, compartits i avaluables l'assoliment dels quals es concreti en el territori en funció de les seves característiques i especificitats. En aquesta línia, es recomana dotar a les governances territorials de base locals d'un grup d'instruments (o "caixa d'eines") sense que necessàriament tots els territoris acabin implementant el mateix "mix" de polítiques
25. Explorar la creació de partenariats o figures similars entre els àmbits implicats, sotmeses a un contracte programa. En aquest procés, caldria fer emergir lideratges locals que disposin dels recursos de gestió necessaris per dur a terme la integració
26. Dissenyar una proposta de participació ciutadana que contempli una visió global de la despesa, l'accés i la utilització dels serveis, amb els objectius d'assolir els graus d'eficiència més grans possibles en l'ús dels recursos i de reforçar la cohesió social i l'equitat en el finançament del nostre Estat del Benestar
27. Unificar els àmbits territorials de les àrees bàsiques socials i sanitàries
28. Promoure reformes normatives per facilitar el desenvolupament de la integració social i sanitària
29. Proveir els serveis d'atenció a la persona a través d'una organització instrumental comuna i integrada de finançament, planificació, acreditació, contractació i sistemes d'informació i avaluació que interactuï amb els proveïdors
30. Coordinar l'atenció integrada social i sanitària amb altres àrees d'actuació com l'habitatge, la formació, el lleure o el treball

✓ **Pel que fa a la transformació dels serveis socials a Catalunya:**

31. Fer la transformació dels serveis socials en paral·lel amb el procés d'integració
32. Transformar els serveis socials amb l'objectiu d'apropar els drets d'accés i la qualitat de les prestacions als estàndards del sistema
33. Impulsar una nova estructuració dels serveis socials bàsics perquè acabin essent un pilar universal en la promoció de l'autonomia, el reforç de les relacions primàries i el desenvolupament de les relacions comunitàries, superant el model exclusivament centrat en l'assistència social per a col·lectius desafavorits i en les emergències
34. Desenvolupar normativament de la Llei de serveis socials, tenint present el model d'atenció integrada i amb una mirada preventiva i predictiva
35. Garantir una cartera de serveis socials que asseguri l'equitat territorial
36. Actualitzar el sistema d'informació dels serveis socials per avançar cap a la unificació, simplificació i agilització en la recollida de dades i fer possible la seva explotació i interoperabilitat en un sistema d'atenció integrada
37. Desenvolupar models predictius de necessitats socials a escala poblacional com una eina essencial de planificació
38. Desenvolupar models de detecció de l'alta complexitat social. En aquest sentit, es valora positivament com a eina d'aproximació el desenvolupament per part de la Generalitat d'una escala d'autosuficiència que posa l'èmfasi en la identificació de les capacitats de les persones
39. Establir una finestreta única social i dotar de coherència als processos per evitar que les persones usuàries hagin de fer gestions múltiples davant de les diferents administracions i entitats
40. Reforçar l'atenció social comunitària davant del fenomen creixent de la solitud no desitjada

Recomanacions. Integració de l'atenció social i sanitària, CTESC, 2018(13)

✓ **Quant a la gestió de l'atenció integrada**

41. Respondre a la creixent pressió assistencial amb unes ràtios de personal més adients, tant en l'àmbit social com sanitari, de manera que es garanteixi l'equitat i l'eficiència assistencial
42. Avançar vers una formació professional inicial i contínua transversal d'acord amb els principis de l'atenció integrada centrada en la persona, que permeti atenuar les diferències entre les cultures professionals dels sectors social i sanitari
43. Continuar avançant en la interoperabilitat i unificació dels sistemes d'informació social i sanitari a partir de l'avaluació de les experiències pilot existents
44. Fer una gestió acurada de la qualitat i certificació de processos
45. Unificar els processos d'avaluació per evitar duplicitats, a través de la creació d'equips interdisciplinaris que tinguin en compte les necessitats socials i sanitàries de les persones
46. Treballar en l'elaboració d'escales integrades de detecció de necessitats socials i sanitàries
47. Tal com indica l'AQuAS, establir la figura d'un director o directora de projectes amb capacitat de resolució de problemes en els processos d'integració social i sanitària en el territori. Aquesta funció la pot dur a terme un professional extern o bé alguna persona nomenada per consens, amb la conseqüent legitimitat, amb l'objectiu de facilitar l'acollida i implicació en el projecte
48. Impulsar la gestió de casos o gestió de l'atenció, que té com a objectiu coordinar l'oferta i la demanda de serveis per a persones en situacions complexes. Els gestors o gestores de cas no han de ser necessàriament professionals de l'àmbit de la salut, sinó que han de venir determinades pel perfil de necessitats de les persones usuàries i pels vincles que mantenen amb els seus ascendents socials i sanitaris
49. Establir la figura del professional de referència, que coneix la persona i el seu entorn, essent el o la responsable de dirigir el pla d'atenció, conjuntament amb la persona i, si escau, la seva família. Com en el cas del gestor o gestora de cas, el professional de referència no ha de ser necessàriament de l'àmbit de la salut
50. Possibilitar l'activació de serveis i prestacions en qualsevol moment de l'any per poder donar resposta a les necessitats socials i sanitàries urgents

✓ **En relació amb el finançament de la integració de l'atenció social i sanitària**

51. Incrementar els recursos econòmics per desplegar l'atenció integrada social i sanitària. Aquest increment de recursos suposarà, a mitjà i llarg termini, una millora de la sostenibilitat financera del sistema respecte de l'opció de no dur a terme el procés d'integració
52. Reequilibrar el finançament entre el sistema social i sanitari per tal d'equiparar drets, sobre la base de l'estudi acurat dels costos i les fonts de finançament
53. Introduir escenaris de pressupost compartit (*pooling budget*) per finançar l'atenció integrada social i sanitària, tal com s'ha recollit en l'informe a partir de les experiències internacionals
54. Acompanyar la cartera comuna de serveis socials i sanitaris de més coherència, equilibri i transparència en les eventuals despeses suportades per les persones usuàries, de manera que les despeses semblants no assistencials rebin el mateix tracte en tots els serveis, amb l'objectiu d'assolir més equitat i cohesió social
55. Reforçar especialment els recursos humans, materials i financers de l'atenció primària, social i domiciliària. Serà útil aprofitar els increments globals de pressupost conjunt per operar aquesta priorització, fins arribar a uns equilibris més adequats en el finançament relatiu que rebin els sectors d'activitat abans esmentats
56. Modificar les mesures de participació financera en l'àmbit de l'atenció social, fent-les progressives, de manera que quedi garantida l'autonomia personal i financera de les persones usuàries
57. Resoldre les distorsions derivades de les diferents participacions financeres entre els àmbits social i sanitari pel que fa a determinades casuístiques com en els casos de la salut mental i de les discapacitats

Font: Herrera, D., Riudor, X., & Villar, V. (2018). Integració de l'atenció social i sanitària. Col·lecció Estudis i Informes. Número 51. Barcelona. Retrieved from http://ctesc.gencat.cat/doc/doc_16249881_1.pdf

10. Membres del Consell Assessor de Salut

- Manel Balcells Diaz, president
- Xavier Bonfill Cosp
- Joan Lluís Borràs Balada
- Carme Borrell Thió
- Pere-Joan Cardona Iglesias
- David Elvira Martínez
- Pilar Espelt Aluja
- Alícia Granados Navarrete
- M. Cristina Martínez Bueno
- Ramón Pujol Farriols
- Núria Terribas Sala

Secretaria Tècnica i redacció del document

- Iria Caamiña Cabo
- Elena Calvo Valencia
- Carme Planas Campmany