

OSONA DEBATS / 2

Atenció a la gent gran dependent a Osona: on estem i cap on avancem



Fundació Antiga Caixa
Manlleu

OSONA DEBATS / 2

Atenció a la gent gran dependent a Osona: on estem i cap on avancem



Fundació Antiga Caixa

Manlleu

Primera edició: juny de 2017
Disseny: Eumogràfic
Correcció i estil: Jordi Auseller Roquet

© 2017, dels textos, els autors
© 2017, d'aquesta edició:
Fundació Antiga Caixa Manlleu
C/ del Pont 16-18 – 08560 Manlleu

Imprès a Gràfiques Manlleu

Índex

- 7 Pròleg**
Miquel Torrents
President Fundació Antiga Caixa Manlleu
- 9 Atenció a la gent gran dependent a Osona: on estem i cap on avancem**
Jordi Roca i Casas
Director de la Fundació Assistencial d'Osona (FADO)
- 13 Avaluació del desplegament de la Llei de la dependència. L'impacte del RDL 20/2012 en la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència**
Júlia Montserrat Codorniu
Investigadora en l'àmbit de l'economia de polítiques socials
- 25 Envel·liment i dependència. Una mirada a l'evolució de l'aplicació de la Llei de la dependència**
Anna Rufí Vilà
Directora tècnica de Benestar Social del Consell Comarcal d'Osona
- 39 L'atenció a la dependència a Osona: organització dels serveis i accessibilitat**
Esther Ramos
Tècnica de l'Àrea de Promoció Social i Personal de l'Ajuntament de Manlleu
- 50 Atenció domiciliària a Osona**
Núria Viñas Segalés
Coordinadora de l'Àrea de Promoció de l'Autonomia i Atenció a la Dependència del Consell Comarcal d'Osona
- 61 Centres de dia per a la gent gran - Ajuntament de Vic. Model d'Atenció Centrada en la Persona**
Sílvia Martín
Tècnica del Departament de Benestar i Família de l'Ajuntament de Vic
- 69 Impacte de la implantació de la Llei de la dependència en el servei de residència per a gent gran**
Montserrat Blasco Rovira
Directora tècnica de la residència El Nadal de Vic
- 78 Què ens caldria per avançar? Reptes de futur i tendències**
Jordi Roca i Casas
Director de la Fundació Assistencial d'Osona (FADO)
Joan Escarrabill i Sanglas
Director del Programa d'Atenció a la Cronicitat de l'Hospital Clínic de Barcelona

Pròleg

Tot cercant en un anecdotari, vaig trobar la següent cita:

“Sòcrates estava dialogant amb un grup de joves entre els quals n’hi havia un que guardava silenci. Sòcrates li va dir: parla, que et vull veure”.

Conversar, dialogar o debatre és una manera de fer-nos visibles.

Això és el que pretén **FUNDACIÓ ANTIGA CAIXA MANLLEU** que, juntament amb la Fundació Assistencial d’Osona (FADO), presenta la publicació de la segona edició de la jornada **OSONA DEBATS** amb el tema *Atenció a la gent gran dependent a Osona: on estem i cap on avancem*.

Es vol expressar i fer veure, a qui vulgui escoltar i mirar, propostes i perspectives de cara al futur per orientar possibles accions, criteris i polítiques que puguin significar millores per a la comarca i el conjunt de la ciutadania osonenca.

Els ponents que hi van participar són vertaders experts que s’han fet visibles.

Mirem-ho!

Miquel Torrents

President Fundació Antiga Caixa Manlleu

Atenció a la gent gran dependent a Osona: on estem i cap on avancem

Jordi Roca i Casas

Director de la Fundació Assistencial d'Osona (FADO)

Enguany es compleixen vuit anys i mig de l'inici del desplegament de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD).

El passat 1 de juliol, finalment, es va completar el calendari d'aplicació progressiva dissenyat inicialment, després de dos retards promoguts per l'actual govern de l'estat espanyol. Per tant, totes les persones en situació de dependència, independentment del grau, ja tenen dret a rebre serveis o percebre una prestació econòmica per cuidador no professional.

És, doncs, un moment idoni per fer balanç de la seva aplicació. És per això que la Fundació Antiga Caixa Manlleu dedica la segona edició de la seva jornada anual de reflexió, debat i prospecció sobre diferents aspectes bàsics de la vida social, econòmica i cultural de la comarca d'Osona, coneguda com **Osona debats**, a fer balanç sobre l'aplicació de la LAPAD en general i, també, a conèixer la situació a Osona pel que fa a l'atenció a la gent gran dependent. Aquesta jornada va tenir lloc a l'Auditori de la Fundació Antiga Caixa Manlleu de Vic, el cinc de novembre de l'any 2015, en col·laboració amb la Fundació Assistencial d'Osona (FADO) i amb la participació del Consell Comarcal d'Osona i els ajuntaments de Vic i Manlleu.

Cal recordar que hi havia moltes expectatives i esperances al voltant d'aquesta llei. Les més rellevants feien referència a que suposava la creació d'un nou dret universal i, per tant, es constituïa com un instrument per fer front a un dels desafiaments de futur més importants del país arrel de l'imperatiu demogràfic i ben conegut per tots: l'envelliment de la població per l'augment de la seva esperança de vida, que ha fet emergir un grup de població creixent d'edat avançada que presenta pluripatologia per la presència de diferents malalties cròni-

ques i que planteja determinades necessitats, tan sanitàries com socials, múltiples i interrelacionades o, fins i tot, indestriables. Un repte agreujat per l'evolució social i econòmica que comporta, entre altres canvis, la manca de cuidadors informals que, fins ara, havia estat un tret característic i clau per a l'atenció a aquest col·lectiu. Aquests elements fan que la sostenibilitat del tradicional sistema de cura a persones amb limitacions en la seva autonomia, centrat fonamentalment en la família com a prestadora directa o finançadora de les cures, es veurà seriosament amenaçat ben aviat.

Tanmateix, es veia com l'oportunitat de sortir dels últims de la fila de la UE pel que fa a despesa pública en atenció a la dependència. I és que Espanya és el tercer país d'Europa per la cua quant a despesa en atenció a la dependència en relació al PIB, amb un 0,7%, i amb només dos països per darrera, Portugal i Grècia. També havia de ser un element catalitzador per a la creació de llocs de treball i per a la professionalització del sector social i, des del sector sanitari, es va viure com una oportunitat per avançar en l'abordatge de la cronicitat, sens dubte un dels reptes més importants que afronta aquest sector.

En resum, una llei amb un impacte transversal sobre la creació de llocs de treball, la dinamització de l'economia, la promoció de serveis per a col·lectius desafavorits i amb necessitats i, finalment, una palanca per avançar en un dels paradigmes que darrerament apareix a tota la bibliografia internacional com a imprescindible per millorar la qualitat de vida d'aquests col·lectius i fer més sostenible la seva cura: la integració social i sanitària.

En aquest balanç ens hem centrat en les persones grans, especialment per dos motius: en primer lloc, per la seva elevada prevalença en el conjunt de persones dependents. Així, quan analitzem el perfil de les persones beneficiàries per edat, veiem que, a Catalunya, més de tres quartes parts tenen més de 65 anys (76,2%) i un 57,3% més de 80 anys,¹ xifres una mica superiors a les de l'estat (71,7% i 53,2%, respectivament).² La majoria de les persones grans dependents són dones de 65 a 79 anys, que representen el 64%; i la proporció s'amplia fins al

1. Dades de la dependència a Catalunya. Informe de gener de 2015. http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/dades_dependencia/

2. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). Imsero. Informe de 31 de diciembre de 2014. <http://www.dependencia.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/estsisaad20141231.pdf>

77% en el tram de 80 anys i més.³ El perfil majoritari de les persones beneficiàries de la Llei de la dependència són, doncs, dones de més de 80 anys. El segon motiu és de caire pragmàtic, considerant el temps limitat, i ens permet aprofundir més en l'anàlisi i la valoració.

Els objectius de la jornada varen ser de reflexió, debat i prospecció. En definitiva, per contribuir a millorar el coneixement de la situació de les persones grans dependents a la comarca, però també per aportar iniciatives per tal de millorar la seva situació.

Aquest volum recull les ponències que es varen presentar a la jornada. Va ser una jornada molt participativa, però, malauradament, no podem recollir totes les aportacions del públic en aquesta publicació. L'ordre dels textos és el mateix en què es varen presentar el novembre de 2015.

La jornada es va estructurar en tres sessions. En la primera sessió, l'economista Júlia Montserrat situa el moment actual en el desplegament de la Llei de la dependència en el marc general d'Espanya, principalment, i també a Catalunya. Ens parla, entre molts altres temes, de si s'han complert les expectatives a què feia referència la llei i com ha impactat la crisi econòmica en el seu desenvolupament.

Catalunya ha integrat la Llei de la dependència en els serveis socials. Són els mateixos professionals dels serveis socials els que fan el Programa Individual d'Atenció (PIA). Sens dubte, ha estat un veritable desafiament pel sector, que s'ha hagut d'adaptar per donar-hi resposta. Així, a la segona sessió, diversos professionals amb una important experiència en el sector social a la comarca d'Osona, com és el cas d'Anna Rufí, Esther Ramos, Núria Viñas, Sílvia Martín i Montse Blasco, centren l'anàlisi en la comarca per tal de conèixer de primera mà com estem atenent aquestes persones. Les dues primeres presenten les xifres d'Osona pel que fa al nombre i perfil de les persones dependents, el tipus de prestacions que reben, com és l'accés dels usuaris a l'avaluació i a les prestacions, i la cartera de serveis i el nivell de cobertura. Les altres professionals ens expliquen com les estem atenent i quines àrees de millora tenim en els principals serveis garantits de la cartera de serveis. Així, podem veure quin impacte ha tingut la llei en el Servei d'Ajuda a Domicili (SAD), els centres de dia i les residències, i també com s'ha adaptat i quins són els seus principals reptes.

3. Dades de la dependència a Catalunya. Informe de gener de 2015. http://treballiafers-socials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/dades_dependencia/

Malgrat els canvis en Llei de la dependència, la crisi econòmica i altres dificultats, molts tenim el convenciment de que es poden fer coses per millorar l'experiència de les persones beneficiàries de la llei en tot el procés i, especialment, en tot allò que depèn dels professionals que l'atenem en aquest recorregut. Per això, la tercera sessió es va plantejar com un exercici de prospecció: què ens caldria per avançar? En definitiva, volia ser un exercici d'optimisme per pensar en quines coses caldria canviar els propers cinc anys per millorar l'atenció a aquestes persones. El format escollit va ser el d'un cara a cara entre dos reconeguts professionals de l'àmbit social i sanitari, Albert Serra i Joan Escarrabill, respectivament, amb un col·loqui posterior. Finalment, jo mateix vaig substituir Albert Serra per problemes de darrera hora i, en l'escrit final, presento els eixos de discussió i les principals aportacions que sorgiren durant la sessió. En aquest futur, la comarca d'Osona hi arriba amb un bagatge que no és menor, sobretot gràcies al treball de molts professionals i institucions fet en els darrers anys, que ens ha de permetre afrontar-lo amb garanties. Alhora, però, també cal ser agosarats des del territori per presentar fórmules innovadores que permetin no només ser més eficients, sinó també, i sobretot, millorar l'experiència de les persones grans amb dependència a l'hora d'accedir a l'avaluació i en el tot el procés posterior, perquè siguin ateses de manera integral i personalitzada segons les seves preferències i valors, i també amb la màxima coordinació entre tots els agents implicats.

Avaluació del desplegament de la Llei de la dependència. L'impacte del RDL 20/2012 en la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència

Júlia Montserrat Codorniu

Investigadora en l'àmbit de l'economia de polítiques socials

1. Introducció

L'atenció a les persones en situació de dependència ha esdevingut una prioritat social pel continuat i previsible creixement de l'esperança de vida. A mesura que les persones viuen més anys augmenta el nombre de persones en situació de dependència, tot i que, gràcies a programes de prevenció i detecció precoç, el nombre d'anys en situació d'invalidesa disminueix.

Les projeccions demogràfiques mostren un continuat increment de la població envellida que s'accentuarà a partir de l'entrada de la generació del "baby boom" (2025, aprox.). Davant d'aquesta perspectiva, la Comissió de la Unió Europea va recomanar als països membres la necessitat d'incorporar polítiques públiques d'atenció a la dependència amb la finalitat de contenir l'empobriment¹ d'una part important de la població i evitar la desincorporació de les dones² del mercat laboral per atendre els seus familiars.

Seguint les recomanacions de la UE, el desembre de 2006 es va aprovar per majoria absoluta la Llei 39/2006, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la dependència (Llei de la dependència), la qual va entrar en vigor el gener de 2007. Aquesta llei ha permès

1. L'ajuda continuada per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària en situacions de dependència representa un "sobrecost" per a la persona si necessita disposar de serveis professionals.

2. Majoritàriament són les dones les que presten les cures als familiars (filla, esposa, néta, etc.).

l'ampliació del sistema de protecció social en reconèixer que l'atenció pública a les persones en situació de dependència fos un dret i que cap persona pogués quedar desatesa per causa de la seva situació econòmica. La introducció del *dret de ciutadania* suposa un important pas endavant en matèria de drets socials, atès que el concepte de beneficència (pressupostos limitats i actuacions públiques discrecionals) es transforma en el d'obligació de l'Estat on els pressupostos de les administracions públiques no poden limitar el dret de les persones beneficiàries a disposar de les prestacions adequades a la seva situació de dependència. No obstant això, el RD 20/2012,³ emparant-se en la situació de crisi econòmica del moment, va retallar drets i pressupostos, repercutint en l'exclusió de persones "potencialment" beneficiàries (grau 1) i en la quantitat i qualitat de les prestacions per a persones dependents, i exigint, alhora, un major copagament dels usuaris.

La implementació d'un sistema d'atenció a la dependència no és tan costós per a les finances públiques com "teòricament" es presenta, atesa la capacitat del sector de generar riquesa per ser un sector molt intensiu en serveis personals. La despesa pública total estimada inicialment per la Llei 39/2006 és, aproximadament, de l'1% del PIB,⁴ però les retallades de 2012 han fet minvar aquesta xifra. A més, cal tenir en compte que la "despesa neta" es veu reduïda directament pels copagaments dels usuaris i indirectament pels retorns econòmics que genera el sector de serveis de la dependència.

La gestió de les prestacions de la dependència correspon a les comunitats autònomes i el finançament de la despesa és compartit entre l'Estat central, l'autonomia, els ens locals i els usuaris.

1.1. Perfil dels sol·licitants de les prestacions de la dependència

En tot l'estat espanyol existeix un únic **barem de valoració** per determinar quines persones poden ser beneficiàries de la Llei de la dependència d'acord amb uns criteris que determinen el grau d'autonomia de les persones i la seva capacitat per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. La valoració té en compte tant els informes

3. Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

4. Xifra estimada quan el sistema permeti l'accés de tots els graus de dependència a les prestacions corresponents. Teòricament ja s'està en aquesta fase, però encara no s'ha arribat a la consolidació del sistema.

relatiu a la salut de la persona com l'entorn en què viu. La puntuació del grau i el nivell de dependència es basa en la incapacitat de la persona per dur a terme les tasques bàsiques de la vida diària tota sola. La puntuació del barem estableix tres nivells de dependència: *moderada, severa i gran dependència*.⁵

El perfil del sol·licitant de les prestacions de la dependència a Catalunya és el següent: **dona, major de 80 anys amb dependència severa o gran dependència**.

Dues terceres parts del sol·licitants són dones (67%) i més de la meitat de les persones sol·licitants tenen més de 80 anys (veure quadre).

Quadre 1. Perfils dels sol·licitants de les prestacions de la Llei de la dependència per edats

Menys de 18 anys	2,72%
De 19 a 64 anys	14,54%
De 65 a 79 anys	28,88%
Més de 80 anys	53,85%

Dades a 30/6/2016.

Font: Dept. de Treball i Afers Socials i Famílies. Generalitat de Catalunya.

Quasi una quarta part de les persones beneficiàries són grans dependents (grau 3) i un 40% tenen dependència severa (grau 2). El percentatge de persones beneficiàries amb dependència moderada (grau 1) ha incrementat de forma important des del juliol de 2015 quan se'ls va reconèixer el dret a entrar en el sistema.⁶ La nova distribució dels graus de dependència s'aproxima, cada cop més, a la realitat de la població (veure quadre).

5. Dependència moderada, de vint-i-cinc a quaranta-nou punts al Barem de valoració de la dependència (BVD); dependència severa, de cinquanta a setanta-quatre punts; i gran dependència, igual o major a setanta-cinc punts.

6. La xifra de persones amb grau 1 que figura en el 2014 correspon a aquelles que havien estat reconegudes abans de gener de 2012, data en què el RDL 20/2011 i, posteriorment, el RDL 20/2012 posposen l'entrada al sistema fins al juliol de 2015.

Quadre 2. Perfils de les persones beneficiàries per graus de dependència

	% Grau 3	% Grau 2	% Grau 1
31/12/2014	34,62%	55,11%	10,27%
31/12/2015	24,64%	40,94%	34,42%
30/06/2016	24,77%	40,18%	35,05%

Font: Estadísticas de la dependencia. Imserso.

2. Impacte de les retallades en l'accés de les persones beneficiàries a les prestacions

El nombre de valoracions de les persones sol·licitants (dictàmens) mostra un nivell d'efectivitat elevada; es valoren més del 90% de les sol·licituds en tots els anys malgrat s'observa una lleu disminució en els dos darrers anys. Del total de sol·licituds, a tres quartes parts de les persones se'ls reconeix el dret a ser beneficiàries del sistema d'atenció a la dependència; la resta no compleixen els requisits per entrar en el sistema (veure quadre).

Quadre 3. Evolució de les sol·licituds, dictàmens i reconeixement del dret a les prestacions

	Sol·licituds	Dictàmens	Beneficiaris (dret a prestació)	Dictàmens/ sol·licituds (%)	Beneficiaris/ sol·licituds (%)
31/12/2012	281.176	273.635	169.947	97,32%	60,44%
31/12/2013	280.298	273.548	159.468	97,59%	56,89%
31/12/2014	273.535	266.000	145.690	97,25%	53,26%
31/12/2015	281.036	265.412	207.721	94,44%	73,91%
30/06/2016	284.458	266.655	216.339	93,74%	76,05%

Font: Estadísticas de la dependencia. Imserso.

Un dels impactes de les retallades del RDL 20/2012 és l'increment de les persones que, tenint dret a les prestacions, no estan ateses. La diferència entre el nombre de persones ateses i el nombre de perso-

nes amb dret a prestació però no ateses (“llimb de la dependència”)⁷ mostra una tendència creixent des de 2012, augmentant de forma important amb l’entrada de les persones dependents de grau 1, a partir de juliol de 2015. A finals del primer semestre de 2016 encara un 42% de persones amb dret a prestació no gaudien de cap prestació.

Quadre 4. Evolució del “llimb de la dependència”

	Beneficiaris (dret a prestació)	Beneficiaris no atesos	Evolució “no atesos” (%)
31/12/2012	169.947	32.678	19,23%
31/12/2013	159.468	20.077	12,59%
31/12/2014	145.690	19.869	13,64%
31/12/2015	207.721	81.271	39,13%
30/06/2016	216.339	90.221	41,70%

Font: Estadístiques de la dependència. Imserso.

Des d’una altra perspectiva, cal assenyalar que a finals del primer semestre de 2016 poc més de la meitat (58%) de les persones amb dret a prestacions de la dependència eren ateses, mentre que el 2012 aquest percentatge era del 81%. La xifra de persones esperant rebre una prestació és de 90.221 en la data assenyalada (veure quadres 4 i 5).

Quadre 5. Evolució del nombre de persones beneficiàries ateses

	Beneficiaris (dret a prestació)	Beneficiaris amb prestació	Atesos/ total beneficiaris (%)
31/12/2012	169.947	137.269	81%
31/12/2013	159.468	139.391	87%
31/12/2014	145.690	125.821	86%
31/12/2015	207.721	126.450	61%
30/06/2016	216.339	126.118	58%

Font: Estadístiques de la dependència. Imserso.

7. Denominació informal per a referir-se quan una persona ha estat dictaminada en situació de dependència, però no rep cap prestació.

3. Impacte de les retallades en les prestacions

Un altre dels impactes de les retallades de l'any 2012 és el **descens progressiu del nombre de persones ateses, el qual s'estima en 11.151** des de 2012, mentre que el de les persones “no ateses” es va incrementant. Paral·lelament, el nombre de prestacions també disminueix en 12.889, tot i que la ràtio entre prestacions i persones beneficiàries (1,28) havia pujat lleugerament fins al 2015. Però en el primer semestre de 2016 s'ha tornat a situar a nivells de 2012, cosa que s'interpreta com a resultant d'una aplicació més estricta de les compatibilitats.

Quadre 6. Evolució del nombre de persones ateses i del nombre de prestacions

	Beneficiaris amb prestació	Total prestacions	Ràtio prestacions/ beneficiari atès
31/12/2012	137.269	173.913	1,27
31/12/2013	139.391	183.789	1,32
31/12/2014	125.821	167.140	1,33
31/12/2015	126.450	181.624	1,44
30/06/2016	126.118	161.024	1,28

Font: Estadístiques de la dependència. Imsero.

La disminució de les prestacions està localitzada, principalment, en les prestacions monetàries i, entre aquestes, la que mostra una reducció més accentuada és la de “**cuidador familiar**” amb 26.475 beneficiaris menys. En segon lloc, el nombre de prestacions vinculades al servei va disminuir en 3.859. Pel que fa a les prestacions en serveis, s'observa un descens en la de “prevenció i promoció de l'autonomia personal”, cosa que no deixa de ser un fenomen “inexplicable”, en tant que aquesta prestació és una de les més recomanables pel seu efecte de contenció de l'empitjorament de la situació de dependència.

Després de les retallades de l'any 2012, la prestació que continua tenint major pes és la de “cuidador familiar”, amb el 47,5% del total (abans era del 59,2%). En segon i tercer lloc es situen el servei residencial, amb el 15,92%, i el servei d'ajuda a domicili, amb el 13% respecte del total. El servei de centre de dia, malgrat incrementa el nombre de places, no acaba de tenir un pes significatiu, i el servei de teleassistència mostra un cert estancament (veure quadre).

Quadre 7. Evolució de les prestacions de dependència a Catalunya: 2012-2016

Prestacions	Total a 31/12/2012	Prestació / total (%)	Total a 30/06/2016	Prestació / total (%)	Diferència (30/06/2016) / (31/12/2012)
Prevenició i promoció	2.653	1,53%	1.391	0,86%	-1.262
Teleassistència	14.355	8,25%	16.255	10,09%	1.900
Ajuda a domicili	16.186	9,31%	20.940	13,00%	4.754
Centres dia/nit	7.281	4,19%	11.029	6,85%	3.748
Residències	17.321	9,96%	25.630	15,92%	8.309
Subtotal "serveis"	57.796	33,23%	75.245	46,73%	17.449
Vinculada servei	13.144	7,56%	9.285	5,77%	-3.859
Cuidadors familiars	102.956	59,20%	76.481	47,50%	-26.475
Assistència personal	17	0,01%	13	0,01%	-4
Subtotal "monetàries"	116.117	66,77%	85.779	53,27%	-30.338
Núm. prestacions	173.913	100,00%	161.024	100,00%	-12.889

Font: Estadístiques de la dependència. Imsero.

3.1. Les retallades en la prestació de cuidador familiar i el seu impacte en el servei d'ajuda a domicili

Entre els objectius de les retallades de 2012 es troba el de la reducció a "mínims" de la prestació monetària de cuidador familiar, per tal que aquesta fos substituïda per una altra prestació en forma de "servei". L'objectiu era el de fer efectiu el caràcter d'excepcionalitat d'aquesta prestació tal com establia la Llei 39/2006, si bé les autonomies l'havien convertit en la prestació majoritària (al voltant del 50% en la majoria de les CCAA).

El RDL 20/2012 va estipular una sèrie de mesures per reduir la prestació de cuidador familiar, entre les quals destaquen les següents: enduriment de les condicions per poder accedir a la prestació (conviure amb la persona beneficiària, entre d'altres); reducció de la quantia de la prestació; supressió de la bonificació de la quota de la Seguretat Social del cuidador; moratòria fins a dos anys en el pagament de la prestació i penalització a la comunitat autònoma, disminuint la quantitat de l'import mínim a cobrar si el pes d'aquesta prestació supera la mitjana del conjunt de les CCAA.

La prestació de cuidador familiar té com a objectiu mantenir la persona en situació de dependència en el seu domicili, almenys fins que la persona necessiti una ajuda continuada. Per tant, la prestació en “servei” substitutòria de la del “cuidador familiar” hauria d’assegurar la major part de les funcions prestades pel cuidador, però no sembla que la prestació substitutòria compleixi aquest objectiu.

El Servei d’Ajuda a Domicili (SAD), de fet, ha substituït la prestació del cuidador familiar en la majoria dels casos, però mostra unes deficiències importants tant en la quantitat de la prestació com en la freqüència amb què es proporciona. **La mitjana d’hores de SAD prestades als grans dependents és clarament insuficient. No arriba ni a dues hores diàries d’atenció**, i si es compatibilitza amb l’ajuda de cuidador familiar, el nombre d’hores baixa a la meitat. El mateix criteri s’aplica a l’atenció de la dependència severa – una hora diària de mitjana o la meitat si va amb una altra prestació. Pel que fa a l’atenció de les persones amb dependència moderada, la tendència és de 20 hores al mes, si bé actualment encara no es disposa de dades significatives (veure quadre).

Quadre 8. Hores d’atenció del servei d’ajuda a domicili a Barcelona

	Sense altres prestacions	Amb altres prestacions	Mitjana
Grau 1	20,44	20,39	20,4
Grau 2	35,21	20,24	22,82
Grau 3	54,27	23,47	27,17

Font: Institut Municipal de Serveis Socials de Barcelona.
Dades: primer trimestre de 2016.

D’altra banda, el SAD no proporciona servei els caps de setmana, excepte algunes excepcions,⁸ o a les nits, i, freqüentment, és difícil de compatibilitzar amb els horaris familiars. De fet, el familiar ha de continuar prestant l’atenció sense rebre cap tipus de contraprestació eco-

8. Osona és una de les excepcions en les quals el servei de SAD és prestat els caps de setmana.

nòmica. Els experts subratllen la insuficiència, en general, del nombre d'hores d'ajuda domiciliària.⁹

La substitució de la prestació de cuidador familiar per la prestació de SAD no sembla que compleixi amb l'objectiu de millorar l'atenció a la persona en situació de dependència, ni tampoc que faci disminuir la càrrega del cuidador familiar.

4. L'impacte de les retallades en el finançament de l'atenció a la dependència

Les mesures del RDL 20/2012 van determinar una reducció de l'import del nivell mínim pel finançament de les prestacions de la dependència, fet que té una repercussió directa en la qualitat assistencial. Les autonomies, en veure minvada la quantitat aportada per l'Estat, varen reduir el pressupost destinat a la dependència, almenys, en la mateixa quantia. Aquesta és una de les causes de la disminució del nombre de persones beneficiàries i de les prestacions, així com de la reducció de la intensitat de les prestacions i, en general, de la seva qualitat.

Les “retallades” del nivell mínim han reforçat la disfunció del propi model de finançament,¹⁰ afavorint les CCAA que atorguin prestacions menys costoses, ja que en qualsevol cas rebran el mateix “import”¹¹ per un mateix grau de dependència, fent prevaldre “l'economia” en front de “l'efectivitat” de la prestació.

L'aportació de l'Estat a les autonomies en concepte de nivell mínim ha estat, el 2015, de 1.576 euros/any per beneficiari. Les aportacions per aquest concepte mostren una tendència decreixent, amb una disminució del 15,62% respecte a l'import de 2012. Aquesta disminució és la conseqüència dels efectes conjunts de l'esmentada disfunció del model i de les retallades de les quanties del nivell mínim establertes en el RDL de 2012 (veure quadre).

9. Fundación Caser (2015). *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*.

10. La quantitat que aporta està en funció del grau de dependència i no en funció del cost de les prestacions.

11. L'import mínim està en funció del grau de dependència i no en funció del cost de les prestacions.

Quadre 9. Evolució de les quanties del nivell mínim per beneficiari

	Aportació nivell mínim/beneficiari atès (€ any)
2012	1.868,01
2013	1.612,56
2014	1.554,21
2015	1.576,30
Var. 2015/2012	-15,62%

Font: Cáritas Española (2015). *Documentación social*, núm. 177, pàg. 188.

Les retallades de 2012 van repercutir també en els **usuaris**, augmentant els imports dels anomenats copagaments en una mitjana del 5%, però amb intensitats diverses segons les autonomies. Els criteris per determinar el copagament els estableix cada autonomia d'acord amb uns principis bàsics consensuats per les CCAA en el Consejo Interterritorial de Servicios Sociales. El model de copagament de Catalunya té algunes peculiaritats respecte a la resta d'altres models autonòmics, la més destacable de les quals és la **d'eximir de copagament el cost del mòdul social en les prestacions garantides com ara les de la dependència d'acord amb la Llei de Serveis Socials**; l'usuari només haurà de pagar l'import del mòdul assistencial, el qual és fixat en la Llei de Pressupostos de la Generalitat.

Malgrat que les normes del copagament a Catalunya no són tan gravoses com en altres llocs, l'actual regulació genera situacions de desigualtat entre els usuaris, penalitzant les persones amb rendes mitjanes-baixes pel fet que les quotes establertes no són progressives (tarifa plana) i pel fet d'incloure el valor patrimonial en la determinació del seu copagament. La imputació del patrimoni no fa pagar més a les persones amb rendes mitjanes-altes, que en qualsevol cas ja paguen el màxim establert sense incloure'l, mentre que les persones amb rendes mitjanes-baixes veuen com l'import del seu copagament augmenta. A més, aquests usuaris poden veure "embargats" els seus béns si no disposen d'ingressos líquids suficients per fer efectiva la quota mensual estipulada; en aquests casos, l'Administració farà anotacions del deute meritat per l'usuari i se'n rescabalarà en el moment de la distribució de la seva herència.

Els copagaments dels usuaris representen uns ingressos per a les finances de la Generalitat d'aproximadament el 23% del cost de les prestacions de la dependència. En el rànquing de les CCAA, Catalunya està per sota de la mitjana general (26,8%). (Veure gràfic).

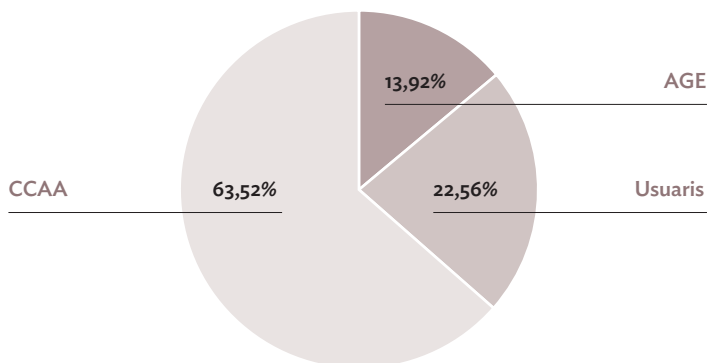
Gràfic 1. Aportacions dels usuaris al finançament de les prestacions de la dependència



Font: Beitia, R. (2015). "La sostenibilidad del Sistema para la Autonomía y atención a la dependencia durante el trienio 2012-2014", *Zerbitzuan*, núm. 60.

El resultat del model de finançament de l'atenció a la dependència i de les retallades del RDL 20/2012 fan que **la càrrega financera sigui suportada, principalment, per la CA i pels usuaris** atès que la participació de l'Administració General de l'Estat (AGE) ha anat minvant al llarg del període de desenvolupament de la Llei figurant amb una xifra inferior a la de l'aportació dels usuaris. Així, les dades de Catalunya mostren la següent distribució: Administració autonòmica amb un 63%, els usuaris amb un 23% i l'Administració General de l'Estat amb un 14%; no es disposa de dades específiques de la contribució dels ens locals (veure gràfic).

Gràfic 2. Fonts de finançament de les prestacions de la dependència



Fonts: Zerbitzuan, núm. 60; Documentación social, núm. 177; elaboració pròpia.

5. Conclusions

Les mesures establertes en el RDL 20/2012 (“retallades”, en termes col·loquials) han suposat un impacte negatiu en el sistema d’atenció a la dependència ja que, a més de vulnerar el dret d’entrada en el sistema de les persones amb dependència moderada, han suposat una disminució en els pressupostos destinats a aquesta finalitat, repercutint en la reducció del nombre de persones ateses, de prestacions i de la intensitat i qualitat assistencial des de 2012 fins al moment actual.

La coparticipació entre les dues administracions (AGE i autonomia) no es correspon amb el cofinançament que va establir la Llei 39/2006. La conseqüència de la reduïda contribució financera de l’AGE és un major esforç pressupostari per part de l’Administració autonòmica que, en el cas de Catalunya, assumeix dues terceres parts del cost total de l’atenció a la dependència. Les retallades també han impactat en les rendes dels usuaris augmentant les quotes de les prestacions. La contribució dels usuaris als pressupostos públics a través dels copagaments és, a Catalunya, de quasi una quarta part del cost de les prestacions de la dependència.

Envelliment i dependència. Una mirada a l'evolució de l'aplicació de la Llei de la dependència

Anna Rufí Vilà

Directora tècnica de Benestar Social del Consell Comarcal d'Osona

Resum

L'article és un repàs al desenvolupament de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència des de la seva implementació. En primer lloc, es fa una breu introducció en conceptes clau per entendre la Llei de dependència, seguida d'una anàlisi global de dades comparatives al llarg dels anys a nivell "macro" de l'Estat, passant per Catalunya i acabant a Osona. En segon lloc, es fa una reflexió sobre el que s'ha perdut en l'aplicació de la llei, tot acabant amb els reptes de futur i les oportunitats que hi ha a Osona per enfocar l'atenció a les persones amb dependència en els propers anys.

Paraules clau: dependència, envelliment, autonomia personal.

1. Introducció

Per entendre el funcionament de la **Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència** (LAPAD, a partir d'ara), hi ha uns conceptes clau que s'han de recollir per poder copsar el seu abast.

Autonomia: és la capacitat de controlar, afrontar i prendre, per iniciativa pròpia, decisions personals sobre com viure d'acord amb les normes i preferències pròpies, així com de desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària.

Dependència: és l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, malaltia o discapacitat, i lligades a la falta d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensori-

al, els cal l'atenció d'una o altres persones. Aquestes persones també necessiten ajudes importants per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària o, com en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres ajudes per a la seva autonomia personal.

Activitats bàsiques de la vida diària: són aquelles que permeten a la persona desenvolupar-se amb un mínim d'autonomia i independència, com ara la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se, entendre i executar ordres o tasques senzilles.

Requisits principals per accedir als drets reconeguts serien:

- Trobar-se en una situació de dependència en alguns dels graus establerts.
- Residir al territori espanyol i haver-ho fet durant cinc anys, dos dels quals han de ser immediatament anteriors a la data de presentació de la sol·licitud. Per als menors de cinc anys, el període de residència s'exigeix a qui en té la guàrdia i la custòdia.
- Les persones que, tot i reunir els requisits anteriors, no tenen la residència espanyola es regeixen per la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, de drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social, pels tractats internacionals i pels convenis que s'estableixen en el seu país d'origen.
- El Govern pot establir mesures de protecció a favor dels espanyols no residents a Espanya.

El Govern estableix, previ acord amb el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, les condicions d'accés al Sistema per a l'atenció a la dependència dels emigrants espanyols retornats.

Segons la necessitat d'ajuda que té una persona per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària, a partir del Barem de valoració de la dependència (BVD) s'estableixen tres graus de dependència: dependència moderada (Grau I), dependència severa (Grau II) i gran dependència (Grau III).

Grau I. Dependència moderada. Es considera que una persona té un grau de dependència moderada quan necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària, almenys una vegada al dia, o té necessitats d'ajuda intermitent o limitada per a la seva autonomia personal. (De vint-i-cinc a quaranta-nou punts al BVD).

Grau II. Dependència severa. Es considera que una persona té un grau de dependència severa quan necessita ajuda per a diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereix la presència permanent d'una persona cuidadora o té necessitats d'ajuda extensa per a la seva autonomia personal. (De cinquanta a setanta-quatre punts al BVD).

Grau III. Gran dependència. Es considera que una persona té una gran dependència quan necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària unes quantes vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia mental o física, necessita la presència indispensable i contínua d'una altra persona o té necessitat d'ajuda generalitzada per a la seva autonomia personal. (Igual o major a setanta-cinc punts al BVD).

El BVD és l'instrument que fa servir el col·lectiu de professionals acreditats per determinar les situacions de dependència moderada, severa i gran. Aquest barem estableix els criteris de valoració del grau d'autonomia de les persones i de la seva capacitat per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària. La valoració té en compte tant els informes relatius a la salut de la persona com l'entorn en què viu, i la puntuació del grau de dependència es basa en les tasques bàsiques de la vida diària que la persona no pot dur a terme tota sola.

A partir d'aquests conceptes bàsics és quan podem fer una mirada en retrospectiva i fer una reflexió del que ha passat des de l'any 2011 fins al moment actual per entendre l'estancament de l'aplicació de la LAPAD.

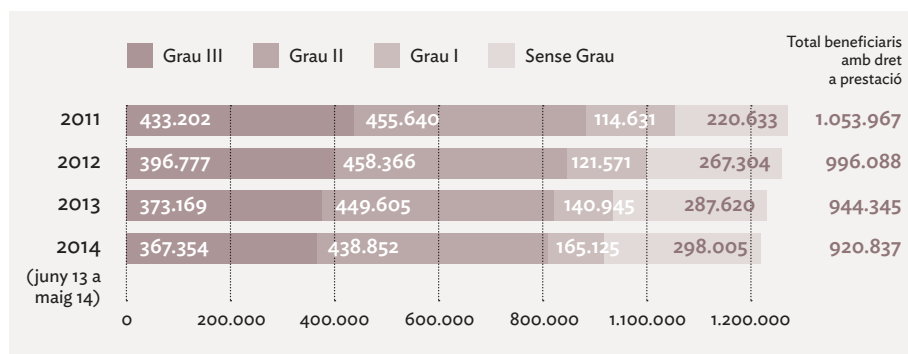
2. Anàlisi de dades

En aquest punt, presento un repàs de dades globals, començant per l'estat espanyol, Catalunya i, finalment, Osona. He seleccionat les més rellevants en relació a les valoracions i la cartera de serveis.

Al gràfic 1 es pot veure l'evolució del número de persones valorades des de l'any 2011 fins al 2014 per graus de dependència en el conjunt de l'estat espanyol.

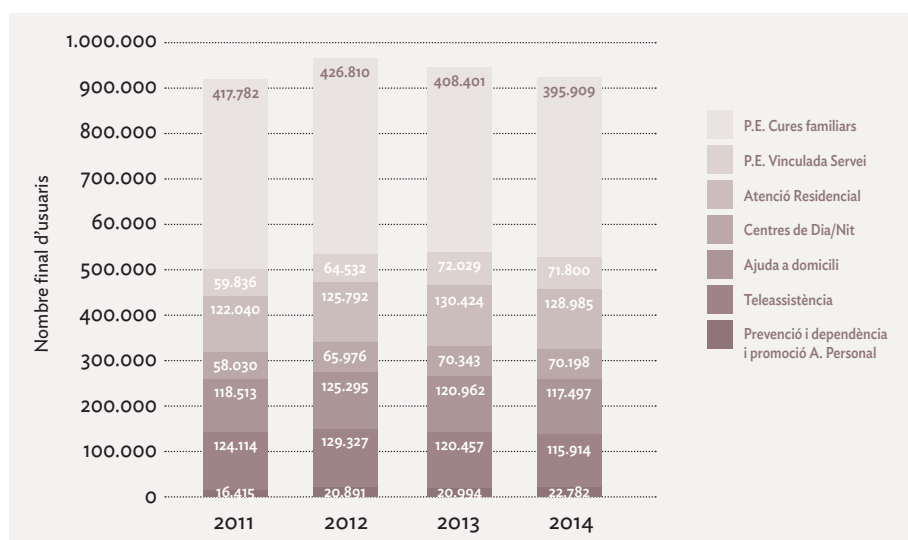
L'any 2011 hi havia 433.202 persones valorades amb grau III per passar a les 367.354 del 2014; les persones amb grau II passen de 455.640 a 438.852 el 2014; i les de grau I també decreixen, passant de les 165.125 el 2011 a les 114.632 el 2014. En números absoluts: de 1.219.092 el 2011 a 920.837 el 2014.

Gràfic 1. Evolució del nombre de valorats per grau assignat, 2011-2014



Aquests resultats són un reflex directe de com les polítiques en relació a l'aplicació de la llei han estat especialment dures i no s'ha fet cap esforç pressupostari per desplegar la llei. Simplement s'ha mantingut en les persones que en el seu moment van entrar al sistema, deixant que les que s'hi van incorporar més tard no hagin tingut accés als serveis o estiguin en llistes d'espera. Les persones que estan a l'espera de grau són superiors el 2014 (298.005 persones davant les 220.633 del 2011). Aquesta dada també és clau per demostrar la deixadesa del govern en el desplegament de la llei.

Gràfic 2. Evolució del nombre d'usuaris finals per tipus de recurs/prestació, 2011-2014 per grau assignat, 2011-2014



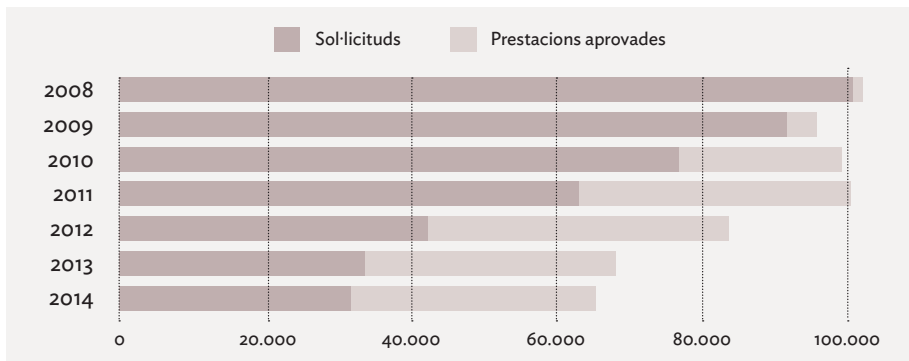
Si ens fixem en l'evolució del número d'usuaris per recurs/prestació al gràfic 2, s'observa que la prestació per cuidador és la que s'ha prescrit més. De manera que, el que havia de ser una excepció en el sistema, es va convertir en un fet habitual. El segon lloc l'ocupa la prestació per atenció residencial. Les prestacions vinculades a servei queden molt per sota.

El nombre de persones amb prestacions de l'any 2011 és de 1.053.967 i de 920.837 l'any 2014, o sigui 133.130 persones menys. Aquestes dades van amb consonància amb les presentades al gràfic 1, on es mostra el decreixement de persones valorades.

I a Catalunya?

Com es pot veure en els gràfics, el 2008 les sol·licituds per valoració de dependència a Catalunya van ser 101.213 per 820 revisions inicials de reconeixement del grau. A partir de l'any 2009 va disminuint el nombre de sol·licituds fins arribar a les 31.242 sol·licituds per 33.969 revisions del 2014. Aquesta davallada respon a l'estancament de la pròpia llei i al fet que les persones que inicialment tenien grau II o III necessiten revisió per la pèrdua d'autonomia. Les sol·licituds noves s'estanquen i augmenten les revisions. S'espera un repunt i un increment per l'entrada del grau I i per un envelliment progressiu de la població, sobretot dels majors de 85 anys.

Gràfic 3 i quadre 1. Evolució de les sol·licituds de dependència versus revisió de grau a Catalunya



Any 2008: 101.213 sol·licituds per 820 revisions. Any 2014: 31.242 sol·licituds per 33.969 revisions.

Any	2012	2013	2014
Prestacions i serveis	93.509	96.841	93.047
Cuidador no professional	110.726	104.211	97.010
Total de persones ateses	158.589	156.333	145.618

Quadre 2. Evolució de les prestacions i serveis de la cartera de la LAPAD a Catalunya

Servei	2012	2013	2014	2015
Assistent personal	45	45	43	46
Centre de Dia discapacitats	3.604	4.236	4.517	4.746
Hospital de Dia	6.030	6.438	6.579	6.416
Llarga estada Salut Mental	145	128	95	61
Llar Residència	327	664	803	943
Llar amb suport Salut Mental	1.591	1.948	2.080	2.107
Residència discapacitats	34	79	104	142
Residència Gent Gran	3.731	3.718	3.604	3.803
Assistència personal	24.683	25.486	25.773	25.505
Ajuda a domicili	20.194	21.058	20.728	19.821
Sociosanitari	1.469	1.464	1.637	1.684
Teleassistència	20.541	20.177	18.688	16.734
Vinculada Centre de Dia	221	291	281	313
Vinculada a Residència	10.728	10.814	7.632	6.878
Vinculada a SAD	291	295	356	433
Prestació cuidador no professional	110.726	104.211	97.010	88.839
Total prestacions i serveis	204.235	201.052	190.057	178.533

La prestació econòmica, igual que a l'estat espanyol, és la número 1. Respecte al 2012 hi ha una clara tendència al decreixement, passant de les 110.726 persones amb prestació a les 88.839 del 2015.

Que hi hagi decreixement de demanda de serveis no vol dir que la necessitat no existeixi, només que el pressupost no s'ha incrementat i, fins i tot, ha disminuït, com és el cas de les prestacions vinculades a plaça de residència.

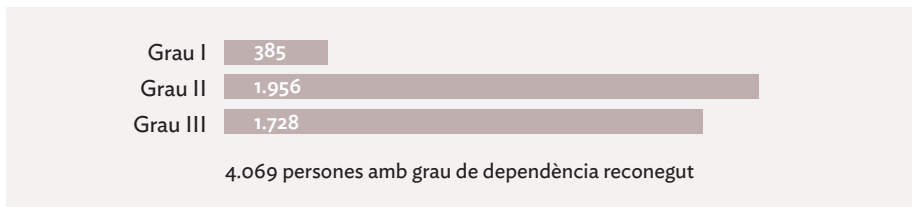
En resum, el volum global de prestacions ha disminuït, passant de les 204.235 prestacions a les 178.533 del 2015. Un clar reflex de les retallades en polítiques socials.

I a Osona, què ha passat?

A Osona, el comportament també és el mateix que a Catalunya i l'estat espanyol. Les dades “macro” es reproduïxen a nivell “micro”.

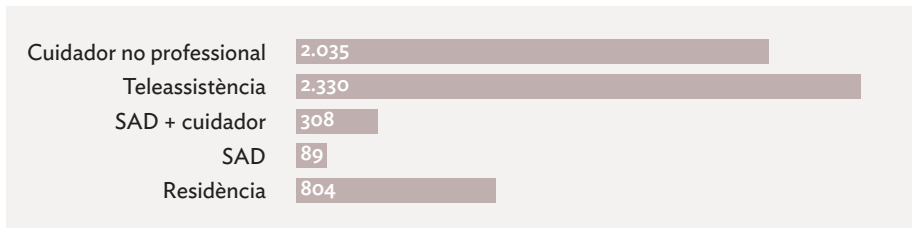
Per graus de dependència, el 2014 hi ha la següent distribució:

Gràfic 4. Distribució per graus de dependència, 2014



L'any 2015, a Osona, hi havia 4.069 persones amb grau de dependència reconegut, de les quals unes 3.260 estan a domicili i 808 a la xarxa pública de residència. De les persones que estan a domicili hi ha gairebé un miler de persones que estan a càrrec de la xarxa familiar i no reben cap servei i/o prestació malgrat tenir el grau de dependència reconegut.

Gràfic 5. Distribució dels serveis i prestacions a Osona, 2015



Com veiem al gràfic, 2.035 persones tenen prestació de cuidador no professional combinada amb el servei de teleassistència. També es mostren 308 persones que el 2014 van rebre el Servei d'Atenció Domiciliària combinat amb la prestació de cuidador no professional. El

nombre de persones ateses amb SAD s'incrementarà per l'entrada del grau a finals del 2015.

Es pot observar una tendència diferent respecte a Catalunya, quan parlem de sol·licituds i revisions de grau de dependència. A diferència de la mitjana a Catalunya, les sol·licituds noves superen les revisions, malgrat que el conjunt sigui inferior que el 2012 com a la resta del territori.

Una hipòtesi és que a Osona el treball en xarxa i la coordinació entre el sistema de sanitat i el de serveis socials fan que la detecció de persones susceptibles d'entrar en el sistema sigui molt àgil. També fa possible que es promoguin les sol·licituds per tal que les persones estiguin dins el sistema encara que en un primer moment no accedeixin a serveis i prestacions.

En la taula següent es pot observar l'evolució que s'ha comentat:

Any	2012	2013	2014
Sol·licitud dependència	707	502	586
Revisió grau	462	318	326
PIA VALIDATS	712	316	182
Modificacions PIA	511	302	240
Persones ateses serveis	3.192	3.015	2.921

El 2012 hi van haver 707 sol·licituds noves per les 586 del 2014. La suma de sol·licituds i revisions del 2014 és inferior respecte al 2012.

En relació al Programa Individual d'Atenció (PIA), sí que queda reflectida la disminució de persones que entren de nou al sistema amb prestació i/o servei, manifestant el mateix comportament que a Catalunya: 712 PIA nous el 2012 pels 182 del 2014. L'acumulatiu de persones que reben prestació econòmica i/o servei és de 2.921 respecte a les 3.192 de l'any 2012.

En relació als serveis i prestacions, Osona es comporta igual que la resta del territori. La prestació de cuidador no professional és la número 1, amb diferència respecte a altres opcions.

Les persones que tenen prestació cuidador no professional són 2035 que, a més, tenen servei de teleassistència. Amb residència hi ha 804 persones. 308 persones combinen el SAD amb la prestació de cuidador no professional, i solament 89 reben SAD sense cap prestació.

3. Què s'ha perdut pel camí?

Una vegada feta l'anàlisi de les dades, fem una reflexió del que s'ha perdut pel camí amb les expectatives que es van crear amb la Llei de la dependència. Ho podríem resumir en:

- a) Pèrdua de drets reconeguts inicialment.
- b) Retorn a la rigidesa administrativa per accedir a les prestacions (burocratització del sistema).
- c) Els instruments de valoració del grau de dependència han ajustat molt els ítems per accedir als diferents nivells.

a) Pèrdua de drets adquirits

La Llei de la dependència va ser concebuda i anunciada com el quart pilar junt amb el sistema educatiu, el sistema sanitari i les prestacions socials. Era una llei que, quan es va aprovar, pretenia passar d'un sistema assistencial a un sistema universal on, inicialment, l'accés als serveis i les prestacions econòmiques no tenia en compte la situació de renda i patrimoni. Aquesta visió havia d'impulsar milers de llocs de treballs per garantir els serveis d'atenció (residència, centre de dia, SAD...). La realitat es va imposar. Ràpidament, les prestacions econòmiques van guanyar terreny als serveis. El perquè d'aquest increment de prestació econòmica per sobre dels serveis l'hem de buscar en:

- La crisi econòmica d'aquests últims anys que no ha permès crear els serveis necessaris per atendre la població i incentivar la demanda de serveis enfront de la prestació econòmica, molt més fàcil d'implementar.
- La poca cultura de demanda de serveis de promoció a l'autonomia i atenció a la dependència. Es té molt incorporat que la família ha de tenir cura de les persones, l'exigència de serveis com un dret no forma part dels destinataris. Per tant, els ciutadans no ho van prioritzar ni exigir.
- La crisi econòmica i les primeres retallades van ajudar a un retorn a la cura de les persones amb dependència a casa amb suport de les xarxes familiars. La prestació econòmica també ha constituït un element de suport a l'economia familiar junt amb les pensions de la gent gran.
- Amb les retallades del 2012 també va quedar congelada la implementació de la cartera de serveis per a les persones valorades amb grau I.

Per tant, podem assegurar que les retallades en la LAPAD han afectat la posada en marxa del quart pilar de l'Estat de Benestar.

Hi ha uns drets reconeguts per llei, però amb incapacitat per fer-los reals.

b) Retorn a la rigidesa administrativa per accedir a les prestacions

La llei havia de ser garantista i ser el marc legal d'accés als serveis i prestacions en igualtat de condicions per tota la població. A efectes pràctics, s'ha convertit en un procés administratiu lent i, moltes vegades, absurd.

Les dificultats administratives per canviar de prestació i/o servei prevalen per sobre de la necessitat.

Una llei que havia de reconèixer drets ciutadans com a condició prèvia ha passat a ser una llei que dóna uns serveis i/o prestacions en base a uns criteris cada vegada més rígids. La burocràcia i el sistema administratiu que s'ha organitzat al voltant de l'accés als serveis que regula la Llei de Promoció de l'Autonomia i Atenció a la dependència fa que l'accés als serveis i prestacions s'allargui en el temps i no es pugui gaudir quan es necessita.

En aquests moments, el temps d'espera per accedir a una plaça de residència de la xarxa pública està entre un i dos anys.

Per posar un exemple molt habitual: una persona que està rebent el servei d'ajuda a domicili i el de teleassistència, i també cobra la prestació del cuidador no professional; la seva situació de salut i dependència fa una davallada important; la nova situació requereix un ingrés amb residència, però a aquesta nova necessitat no s'hi pot donar cobertura, ja que està sotmesa a un procediment administratiu que, com a mínim, pot durar 6 mesos i la seva resolució allargar-se 2 anys.

Convertir les necessitats en un procés administratiu ha fet que l'atenció a les persones s'hagi convertit en un tràmit. La percepció de la població és que una llei que hauria de garantir drets s'ha convertit en una cursa d'obstacles.

c) Instruments de valoració de grau de dependència amb ítems molt més ajustats

Inicialment, la Llei de dependència valorava en base a 3 graus que es subdividien en nivells: grau III (nivell 2 i nivell 1), grau II (nivell 2 i nivell 1) i, finalment, grau I. Actualment, després d'un decret, els nivells s'agrupen en els 3 actuals. Les conseqüències immediates d'aquesta

modificació han estat que la situació de dependència per accedir als serveis i prestacions hagi variat a la baixa. Una persona valorada en grau III nivell 1 amb el barem anterior, possiblement ara és un grau 2. Per tant, en el nivell 2 s'agrupen persones amb força diferències de dependència en relació a les valoracions que es feien inicialment. La població hi ha perdut, en aquest sentit.

4. Què fa possible poder continuar atenent persones amb situació de dependència?

Davant d'una llei que es va anunciar creant unes expectatives que no s'han complert, com es sustenta la situació? Es podria resumir en 4 factors:

- a) La xarxa familiar.
- b) Els estalvis i patrimoni de la gent gran.
- c) Les pensions i les prestacions de la Llei de la dependència estan sostenint la crisi econòmica de les famílies.
- d) Les xarxes informals de suport.

a) Xarxa familiar

Recordem que a Catalunya un 68% de les persones amb grau de dependència reconegut viuen al domicili. A Osona, aquesta dada s'enfila al 77%. És evident que, amb aquests números, la implicació de la xarxa familiar, que assumeix bona part de l'atenció sense exigir res, dona resposta al perquè és possible continuar atenent-les.

Som un país mediterrani on el valor de la família en el seu rol de cuidadora principal encara és molt important. Les famílies, com ja s'ha comentat anteriorment, no tenen interioritzat que poden demanar serveis i prestacions per la cura de la gent gran. En ser una llei tant recent i que, pràcticament, no s'ha pogut desplegar i implementar, també ha fet que la població no la percebi com un dret real.

Falta veure si en els propers anys, amb la generació de dones que treballen i les noves maneres d'organitzar-se de les famílies, així com les unitats familiars més reduïdes i vivint en llocs geogràfics diferents, es podrà mantenir la capacitat de tenir cura de les persones amb situació de dependència com s'ha fet fins ara.

b) Estalvis i patrimoni

A Osona, la major part de la gent gran té l'habitatge de propietat i estalvis que li permeten fer front a les despeses derivades de l'atenció

personal que necessita.

Aquesta generació de persones grans té patrimoni i estalvis, allà on no han arribat les prestacions han arribat els estalvis. Una generació que no està endeutada ha pogut fer front a les despeses de la seva cura sense necessitat dels poders públics.

c) Les pensions i les prestacions de la Llei de la dependència estan sostenint la crisi familiar

Amb les pensions i prestacions econòmiques derivades de la LAPAD s'està sostenint els fills i néts víctimes d'una situació de crisi laboral i econòmica que està afectant a famílies senceres.

d) Xarxes de suport informal

Som en un territori en què les xarxes de suport informal encara funcionen: municipis petits on hi ha suport i cura, xarxes veïnals, economies informals, etc.

5. Reptes de futur i oportunitats a Osona

S'ha de viure l'estancament de la LAPAD com una oportunitat per replantejar el model d'atenció a les persones grans amb situació de dependència i amb necessitats socials i sanitàries a atendre. Com a comarca, tenim l'oportunitat de dissenyar el model d'atenció a nivell territorial per donar millors serveis al ciutadà.

S'han de mirar amb cura les dades demogràfiques i les projeccions per grups d'edat. Conèixer les necessitats específiques per cada subgrup d'edat. No tota la gent gran té les mateixes necessitats. S'han de poder dissenyar els serveis adequats en cada subgrup de població. No és el mateix el grup de població de 65-75 anys que el de 75-85 anys, i, si molt apurem, també serà diferent l'atenció de la població centenària, cada vegada més nombrosa.

Osona és una comarca amb capacitat de treball en xarxa tant del sector social com sanitari, té experiència en projectes compartits entre sistema social i sanitari, compta amb una bona xarxa de serveis i equipaments (2 hospitals sociosanitaris amb trajectòries centenàries; 13 municipis amb serveis de residència i centre de dia, amb places públiques per sobre de la mitjana de Catalunya; 23 municipis amb equipaments que, sense ser centres de dia, poden convertir-se en espais de promoció de l'autonomia, així com potenciadors de l'envelliment actiu; un SAD comarcal; un Servei de Teràpia Ocupacional i de pro-

ductes de suport; associacions de suport; professionals, tant del sector social com sanitari, amb coneixement i expertesa; voluntat política d'atendre bé la població), sense oblidar que també compta amb una universitat, la UVic-UCC, que, junt amb la Càtedra de Serveis Socials i les altres englobades en el Centre d'Estudis Sociosanitaris, és generadora de coneixement. No oblidem, tampoc, les noves tecnologies, que seran cabdals i bàsiques per atendre la població més gran.

Tot plegat suma una xarxa que fa mirar amb optimisme el futur. Una xarxa que ha de poder dissenyar i desenvolupar un model d'atenció social i sanitari, el qual ha de donar resposta a les noves necessitats socials i sanitàries de les persones grans amb situació de dependència i atendre, amb qualitat, les persones d'Osona que necessitin suport per desenvolupar el seu dia a dia.

Bibliografia de referència

Departament de Treball, Afers Socials i Família. “Què és i com es reconeix la situació de dependència”.

http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/persones_amb_dependencia/que_es_i_com_es_reconeix_la_situacio_de_dependencia/

Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social (2002). *Llibre blanc de la gent gran amb dependència. Repensar l'atenció a la gent gran amb dependència. 45 propostes de millores i 10 recomanacions*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Benestar Social.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). “Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia”.

http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_082153.pdf

Viñas, N. (2011). *Suport formal i informal. Estudi sobre el perfil de persones grans amb dependència del servei d'ajuda a domicili*. Vic: Eumogràfic (Servei de Publicacions de la UVic).

Legislació consultada:

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (BOE 15 de desembre de 2006, núm. 299).

Reial Decret 175/2011, d'11 de febrer, pel qual es modifica el Reial decret

727/2007, de 8 de juny, sobre els criteris per determinar les intensitats de protecció dels serveis i la quantia de les prestacions econòmiques de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència, i el Reial decret 615/2007, d'11 de maig, pel qual es regula la Seguretat Social dels cuidadors de les persones en situació de dependència (BOE 18 de febrer de 2011, núm. 42).

Fonts estadístiques consultades:

SISSAD – Observatorio del sector de atención a la dependencia en España

L'atenció a la dependència a Osona: organització dels serveis i accessibilitat

Esther Ramos

Tècnica de l'Àrea de Promoció Social
i Personal de l'Ajuntament de Manlleu

Resum

Aquest article detalla com el desplegament de la Llei de la dependència a Osona ha permès configurar una estructura de serveis comuna a tots els municipis. Una estructuració creativa, eficient i adaptada a la necessitat de la seva població i a la diversitat del seu territori. Presenta les vies d'accés dels ciutadans, els professionals implicats i els serveis adreçats als beneficiaris i les seves famílies

Tanmateix, les modificacions en l'accés al dret a les prestacions, així com la disminució del pressupost destinat a la cobertura dels serveis en aquests últims deu anys han obligat les administracions locals i comarcals a repensar constantment com garantir l'atenció a les persones dependents, amb els recursos disponibles. Intentant contrarestar el descens de la població davant una llei que prometia molt i que, a la pràctica, és lenta en el procediment administratiu i, especialment, en el reintegrament de les prestacions econòmiques, que arriben tard i són insuficients per cobrir les necessitats d'una persona dependent.

Paraules clau: catàleg de serveis, atenció domiciliària, referent, PIA, cuidador no professional.

1. Cartera de Serveis Socials d'Osona

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència, en el primer paràgraf del primer punt, diu: "La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituyen uno de los principales retos de la política social de los países desarro-

llados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria [...].”

I en el segon punt s’afegeix: “La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad.”

I és dins d’aquests reptes on emmarcaríem l’esforç de l’Àrea de Promoció de l’Autonomia i Atenció a la Dependència del Departament de Benestar Social del Consell Comarcal d’Osona, per construir un catàleg de serveis conjunt pels cinquanta municipis de la comarca.

Les administracions locals amb competències en l’àmbit social són: La Mancomunitat de la Plana, l’Ajuntament de Vic, l’Ajuntament de Manlleu i el Consell Comarcal, que agrupa la resta de municipis que no tenen competència pròpia. Cadascuna d’elles ja comptava amb diferents serveis adreçats a la població en situació de dependència o vulnerabilitat social. El que s’ha aconseguit amb l’elaboració d’aquest catàleg és unificar serveis i criteris per tal de garantir una atenció més igualitària pel conjunt dels ciutadans de la comarca.

Aquest catàleg també ha permès millorar l’accessibilitat, ja que tots els ciutadans tenen una millor informació dels recursos i serveis i els poden consultar també des de la pàgina web de cadascun dels seus municipis.

Tot i que s’ha treballat per unificar serveis, segueix prenent una importància vital l’atenció individualitzada i personalitzada, entenent que cada situació és única i requereix una resposta adequada a les necessitats de cada persona.

També cal remarcar que aquests serveis estan orientats a millorar la qualitat de vida de la persona dins el seu entorn, és a dir, facilitant el manteniment dins del domicili i evitant o endarrerint l’ingrés de la persona en un centre residencial.

2. Presentació dels recursos de la cartera de serveis

Entrant en el contingut i l’estructura del catàleg de serveis d’atenció a la dependència de la comarca d’Osona, veurem que agrupa el seu mapa de recursos en dos grans blocs:

- atenció domiciliària
- atenció comunitària

2.1. L'atenció domiciliària

Integra tots aquells serveis que es presten a la llar de la persona usuària. Hi ha tot un ventall de serveis que es poden combinar entre si per tal d'oferir una atenció més integral. S'ofereix sempre una atenció individualitzada que pot anar variant en funció de la modificació de les necessitats de la persona o bé dels canvis en la situació familiar. Hi ha serveis més orientats a la prevenció i d'altres que el seu eix central és el suport o la intervenció en situacions de dependència.

Com a serveis d'atenció domiciliària trobem els següents:

- SAD (Servei d'Atenció Domiciliària)
- BAT (Banc d'Ajudes Tècniques)
- TLA (Servei de Telealarma i Teleassistència)

2.1.1. SAD

El Servei d'Atenció Domiciliària té com a objectiu afavorir l'autonomia de la persona dependent, proporcionant dins del seu domicili aquell suport necessari per tal que la persona pugui desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària. D'aquesta manera, es facilita que la persona pugui mantenir-se dins del seu espai natural i seguir comptant amb la seva xarxa relacional.

El SAD també ofereix suport als i les cuidadores principals de la persona dependent, orientant-les en l'atenció i la cura, facilitant el maneig o evitant la sobrecàrrega. Poder alliberar en una professional una part de l'atenció, permet a la persona cuidadora relaxar el sentiment de que només hi és ella per abordar l'atenció de la persona dependent.

S'ofereixen dos tipus de serveis: l'atenció personal adreçada a l'atenció de les necessitats de la persona (aixecar, vestir, higiene) i instrumentals (alimentació, medicació, acompanyaments, organització). I, a més, l'atenció a la llar adreçada a facilitar la neteja i adequació de l'entorn on viu la persona dependent.

Ara bé, la llei assenyala que per gaudir d'aquest servei la persona ha d'estar valorada amb un grau de dependència i amb un pla d'intervenció en actiu. L'allargament en els terminis per ser beneficiari de la Llei de la dependència, així com l'anàlisi de que calia una resposta més efectiva des dels municipis han anat confirmant que calia incorporar una certa flexibilitat i ampliar el ventall de serveis d'atenció domiciliària adreçats a la població.

I va ser així com, situant al centre les necessitats dels destinataris segons la seva situació econòmica per fer front al copagament del servei i en funció del punt del procés de la dependència on es trobaven, vam configurar una oferta amb 6 varietats de servei: SAD preventiu o transitori (per a persones que no tenen la dependència en actiu), SAD dependència (en les modalitats d'atenció personal o atenció a la llar), SAD social (per aquelles situacions de major vulnerabilitat social i/o econòmica), SAD discapacitat o salut mental (per a persones dependents que tenen altres necessitats especials). Amb aquesta ampliació d'oferta s'ha aconseguit donar un pas més enllà, ampliant la població objecte d'atenció i incorporant al servei una funció no només assistencial, sinó també preventiva.

2.1.2. BAT

El Banc d'Ajudes Tècniques va sorgir inicialment com un servei on les persones que necessitaven un aparell per facilitar el seu dia a dia podien adreçar-se per demanar-lo en préstec. Alhora, aquelles famílies que tenien aparells a casa que ja no necessitaven els podien aportar al banc, per tal que fossin utilitzats per altres persones. Quan parlem d'aparells estem parlant de croses, caminadors, cadira de rodes, cadira o taula de banyera, llit articulad, grua, etc.

Aquest servei, que va ser molt innovador a la comarca fa uns 10 anys, s'ha anat consolidant i s'ha vist que és de gran utilitat de cara a millorar la qualitat de vida i garantir el manteniment de la persona en el seu entorn.

L'èxit ha estat la professionalització del servei, que, amb la incorporació d'un terapeuta ocupacional de manera estable, ha aconseguit oferir un diagnòstic i un assessorament cada vegada més ajustat a les necessitats canviants de les persones dependents. El suport s'ofereix tant a les persones usuàries com a les seves famílies.

Es tracta d'un servei que ofereix orientació en temes d'adaptacions a l'habitatge, suport en el maneig i cura de la persona dependent, així com orientació en l'adquisició d'aparells tècnics i ortopèdics.

Si bé inicialment va ser un servei de suport prioritari de les unitats bàsiques de serveis socials, que eren les que més l'utilitzaven, en els darrers anys són les àrees bàsiques de salut i els hospitals sociosanitaris els que requereixen més els seus serveis.

Les dades del 2015 recullen que la tendència del Banc d'Ajudes Tècniques està més orientat al lloguer i la compra d'aparells, reduint

el préstec només a aquelles persones dependents amb rendes més baixes. S'ofereix també d'ajuda per a la compra d'aparells en un percentatge segons el nivell de renda i a partir d'un import determinat.

Caldrà anar avaluant tots aquests canvis i anar ajustant el servei a les noves realitats que es presenten. Cal dir, també, que aquest servei compta amb la col·laboració econòmica dels diferents municipis de la comarca, i que la gestió depèn directament del Consell Comarcal d'Osona.

2.1.3. TLA

El Servei de Telealarma i Teleassistència és un servei d'atenció 24h / 365 dies l'any que facilita la resposta immediata davant d'una situació d'emergència en el domicili. Està adreçat prioritàriament a persones de més de 80 anys, amb xarxa familiar feble i amb dificultats de mobilitat. Tot i que també hi ha un percentatge d'usuaris de menys de 80 anys, que viuen sols, amb alguna malaltia que pot requerir una actuació d'emergència i que valorem que podrien tenir dificultats per activar ells sols una trucada als serveis d'emergències.

La utilitat d'aquest servei i el motiu pel qual té una gran acollida en aquest tipus de població és que, només polsant un botó, es posa en marxa tot el circuit d'emergència. Es realitza un cribratge de la trucada i s'activa el servei d'emergències més adequat (sanitari, seguretat, incendi...), per tal de donar resposta a la situació concreta. A més, l'empresa de teleassistència té un informe mèdic de la persona i pot oferir als serveis sanitaris la informació inicial necessària. També disposa d'un llistat amb els familiars que cal contactar, perquè puguin acudir al domicili de la persona. En el cas que no hi hagi familiars propers, s'activa amb la policia local el servei de custòdia de claus. El servei de teleassistència també compta amb un servei d'unitat mòbil que es pot desplaçar al domicili per fer un primer diagnòstic o bé els seguiments posteriors de l'emergència.

També inclou altres serveis complementaris, com el suport de les unitats de detecció i alarma (foc, mobilitat, caigudes...), i altres serveis que permeten el seguiment en les sortides fora del domicili via mòbil i satèl·lit. O bé serveis com l'agenda i avisos, que recorden als usuaris quan han de prendre alguna medicació o la programació de les visites mèdiques.

Aquest servei compta amb el suport econòmic de la Diputació de Barcelona, de les entitats locals i dels propis usuaris, ja que és un ser-

vei en copagament. L'accés es realitza per tramitació de la sol·licitud al serveis socials o sanitaris del municipi on viu la persona. Com a requisits, a més de la tipologia d'usuari, només es demana que la persona tingui una línia fixa de telèfon.

L'augment de població gran que viu sola i que demana aquest servei ha fet que els municipis hagin de revisar el volum d'aparells que necessiten. Això ha provocat que en els darrers mesos la Diputació augmenti la quota d'aparells per municipis, per tal d'incrementar l'oferta de servei.

2.2. L'atenció comunitària

En aquest bloc hi ha tots aquells serveis que es presten fora del domicili, en espais o equipaments i amb recursos de caràcter públic. Són serveis en atenció diürna i poden estar adreçats a la persona dependent o als seus familiars i/o cuidadors que els atenen.

Entre els serveis d'atenció comunitària podem destacar els següents: serveis d'atenció diürna. Xarxa de serveis per a la promoció de l'envelliment actiu; servei de suport a les persones cuidadores; transport adaptat; centres residencials per a gent gran; assessorament a professionals.

2.2.1. Serveis d'atenció diürna. Xarxa de serveis per a la promoció de l'envelliment actiu

Els serveis d'atenció diürna permeten desenvolupar activitats i serveis adreçats a persones grans per promocionar l'autonomia i l'atenció a la dependència. Estan adreçats a persones majors de 65 anys i, per tal d'atendre una població tan heterogènia, compten amb una oferta de serveis molt diversa: des de programes per a promocionar un envelliment més actiu (ofertes formatives; activitats preventives, lúdiques i/o de dinamització per a la gent gran) fins a programes per afavorir la recuperació i el manteniment de l'autonomia personal i social.

Els centres diürns són, també, un suport per a les famílies que treballen o són fora del domicili durant el dia, ja que atenen les necessitats bàsiques de la persona gran al llarg del dia, a més d'oferir un espai col·lectiu. Aquest servei també té com objectiu que les persones grans puguin seguir estant dins del seu domicili i el seu entorn.

La funció socialitzadora dels centres diürns és molt important, ja que la persona pot seguir mantenint la xarxa relacional amb altres persones de la seva edat, quan la seva mobilitat disminueix.

Hi ha centres diürns de titularitat pública i de titularitat privada. Es tracta d'un servei de copagament per a les persones que tenen reconeguda la dependència, les quals podran demanar una prestació vinculada al servei de centre de dia si es troben en un centre de titularitat privada, o bé només hauran de pagar el preu que els correspongui segons la seva capacitat econòmica i el seu grau de dependència, si és de titularitat pública.

Des del 2013, des del Consell Comarcal, es va iniciar un programa dins la Xarxa d'Envel·liment Actiu. L'objectiu era fer arribar els serveis d'atenció diürna a municipis més petits que comptaven amb un espai social per a la gent gran, però no tenien capacitat pròpia per tenir un equipament específic de centre de dia adreçat a persones més dependents.

El programa xarxa Activa't ha fet possible la creació d'un espai polivalent coordinat per un equip multidisciplinari que realitza activitats i ofereix serveis a les diferents etapes de la vellesa i que, alhora, permet adaptar els programes d'una manera flexible, segons les necessitats i preferències de la població atesa. Les actuacions es realitzen majoritàriament en espais d'atenció grupal, tot i que també hi ha algun espai d'atenció més individualitzada.

2.2.2. Serveis de suport a les persones cuidadores

La Llei de la dependència, des dels seus inicis, ha posat l'accent en què l'atenció a les persones dependents passi, també, pel suport a les persones cuidadores i la seva formació. En aquest sentit, una de les activitats que trobem dins l'atenció comunitària és la formació adreçada a les persones cuidadores. Aquesta activitat es realitza des de fa anys en els diferents municipis de la comarca. Hi ha una formació més inicial sobre tècniques d'atenció, cura i maneig. I un segon nivell que ofereix un suport més psicoemocional, adreçat a cuidadors de més llarga durada o bé que estant atenent persones amb deterioraments cognitius més importants. La formació ofereix eines als cuidadors, els reforça, aborda estats de sobrecàrrega i canalitza l'estrès. És, per tant, també una bona eina per evitar les situacions de maltractaments que es deriven d'un estat d'angoixa o sobrecàrrega del cuidador.

2.2.3. Transport adaptat

El servei de transport adaptat facilita la mobilització de les persones amb discapacitat o dependència des del seu domicili fins als serveis socials d'atenció especialitzada, als serveis sanitaris o altres serveis

del territori, com poden ser: el Centre d'Atenció Primària, els centres de dia o l'Hospital de Dia.

El servei de transport adaptat es desplaça, normalment, dins del territori de cada municipi. Per accedir-hi cal fer la sol·licitud a l'administració local on viu la persona i s'ha d'acompanyar de la documentació que acrediti la seva situació de discapacitat.

Com a requisit imprescindible per poder utilitzar el servei, cal tenir reconegut el certificat legal de discapacitat amb barem de mobilitat reduïda o necessitat d'acompanyant o tercera persona.

Els usuaris dels serveis d'atenció diürna són els que més utilitzen el servei de transport adaptat, ja que els facilita l'anada i tornada al recurs d'una manera més còmoda. En aquest sentit, és important coordinar rutes amb tallers per tal de garantir que tothom pugui arribar a temps.

2.2.4. Centres residencials

Els centres residencials són un servei d'acolliment amb atenció continuada adreçats a persones majors de 65 anys. Tenen com a objectiu oferir un entorn substitutiu de la llar de la persona usuària. Per aconseguir aquest objectiu, any rere any, alguns centres residencials de la comarca han incorporat la metodologia d'atenció centrada en la persona. Una metodologia que facilita un espai de participació entre els usuaris, els seus familiars i els professionals, que s'apleguen per aconseguir que la persona dependent trobi realment el seu espai i sigui un agent actiu amb capacitat de decidir sobre els seus interessos.

Els centres residencials poden ser privats o concertats, que, alhora, poden tenir places públiques i privades. Els usuaris de centres concertats amb dependència en actiu grau 2 o 3 que utilitzen una plaça privada també poden sol·licitar una prestació econòmica vinculada per a residència i, a la vegada, sol·licitar reserva de plaça pública en la mateixa o en una altra residència, per tal de fer el canvi quan hi hagi disponibilitat.

Les persones dependents de menys de 65 anys també poden ingressar en un centre residencial, sempre i quan prèviament s'hagi sol·licitat i justificat el motiu de l'excepcionalitat per edat.

2.2.5. Assessorament a professionals

Es tracta d'un servei d'àmbit comarcal destinat a fer suport als professionals de la xarxa de serveis socials i de la salut que realitzen els tràmits i gestionen els recursos que s'han desplegat amb la Llei de la

dependència. Aquest servei facilita, també, un espai de formació i coordinació de professionals.

Des d'aquest espai s'ha promogut la implementació i la revisió d'eines de diagnòstic per l'accés als serveis, com l'Escala Gijón / versió TSO. L'aplicatiu del Consell Comarcal, que és una eina de treball comuna per a tots els i les professionals de la comarca i que recull tots els formularis de la dependència, agrupa tots els tràmits que es realitzen i arxiva les dades de les persones dependents i els serveis actius que estan utilitzant. Aquest entorn facilita el traspàs d'informació i gestió d'expedient quan hi ha canvis de domicili dels usuaris dins la pròpia comarca.

Totes aquestes eines també faciliten una atenció més unificada i més transversal que pot arribar al conjunt de municipis de la comarca.

3. Com accedeixen les persones a la cartera de serveis?

Els serveis socials municipals són la porta d'entrada a la cartera de serveis socials.

Els usuaris poden accedir-hi per via directa, és a dir, s'adrecen directament a les oficines dels serveis socials del municipi on estan empadronats. Només amb el document d'identificació personal i la comprovació al padró d'habitants s'obre l'expedient familiar. En el mateix moment, s'assigna un/a treballador/a social de referència i es dona dia i hora per a la realització de la primera entrevista.

Els usuaris també poden accedir als serveis socials per derivació d'altres professionals, ja siguin de l'àmbit sanitari o social. A Osona hi ha una llarga experiència de treball conjunt entre els àmbits social i sanitari, i aquest tipus de derivacions es poden acompanyar d'eines o reunions de coordinació que faciliten molt la continuïtat en l'atenció a la persona.

Per accedir als serveis que requereixen tenir la dependència en actiu, el primer pas és la sol·licitud de valoració de dependència. L'imprès de sol·licitud s'acompanya de la documentació que acredita els requisits d'accés: document acreditatiu d'identitat, certificat històric d'empadronament (que acredita anys de residència continuada), documentació d'autorització de dades bancàries (que permet contrastar les dades econòmiques de referència) i informe de salut actualitzat. Aquesta primera sol·licitud es pot activar des d'un servei sanitari o un centre residencial, o bé la persona o els seus familiars es poden adreçar directament als serveis socials.

Els professionals del Servei de Valoració de la Dependència (SEVAD) faran la visita al domicili i avaluaran les dificultats de la persona dins el seu entorn per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària. Un cop feta aquesta valoració, s'adjudicarà un grau de dependència (grau 1, 2 o 3) o es pot resoldre que no reuneix criteris i, per tant, que no pot ser beneficiària dels serveis de la dependència.

Un cop arribi la resolució de grau, i la Generalitat envii les dades al/la treballador/a social referent, aquest/a es posarà en contacte amb la família per elaborar conjuntament el Pla Individual d'Atenció (PIA).

L'elaboració del PIA és responsabilitat del/la treballador/a social referent i també una de les seves funcions, juntament amb altres com:

- Informar i orientar en l'accés als serveis socials.
- Acompanyar i fer suport a la persona en les necessitats d'atenció que pugui tenir al llarg de la vida.
- Coordinar amb altres recursos del territori per tal de garantir un Pla d'Atenció Individual i una atenció integral de la persona.
- Fer seguiment de l'evolució.
- Comunicar el canvi de la situació o el tancament del procés de la dependència, en cas de defunció o altres situacions.

El grau de dependència condicionarà els recursos o serveis als quals pot accedir la persona dins la cartera de serveis, així com el màxim d'hores de servei en copagament a què té dret.

En les prestacions econòmiques, el grau de dependència i la renda mostraran en la calculadora l'import de la prestació que es cobrarà –prestació cuidador no professional, prestació econòmica vinculada (PEV), etc.– o bé el que s'haurà de pagar en un servei públic de residència o centre diürn.

Si bé el circuit ha estat el mateix des de la implantació de la Llei de la dependència, el que sí ha anat variant al llarg dels anys ha estat la durada entre la sol·licitud i el dret al servei. Si inicialment parlàvem d'uns 5 mesos, ara, en prestacions de cuidadors, podem arribar perfectament als 3 anys. I en una prestació de servei com el SAD, no baixa del 7 o 8 mesos.

Això és el que ha obligat les administracions locals a activar els serveis preventius i transitoris, però assumint el cost, directament des dels municipis, d'una llei que va néixer amb uns criteris ben marcats de finançaments mixtes entre la Generalitat i l'Estat.

Un altre dels aspectes modificats que també està afectant l'atenció de la població és el canvi de barems per avaluar la dependència.

Situacions que fa uns anys entraven com a grau 3 o 2, ara poden estar avaluades en grau 1 o, directament, no tenir criteris. Aquesta mesura té com a efecte reduir el volum de persones dependents, que no desapareixen, però, sinó que l'atenció recau sobre les famílies, i quan no hi ha família, s'agreuja la seva vulnerabilitat.

4. Reflexions i oportunitats de millora

Si bé la Llei de serveis socials i, posteriorment, la Llei de la dependència han facilitat l'estructuració d'una xarxa de serveis i recursos d'atenció, així com l'accés de les persones a una atenció de qualitat, mantenir i millorar aquesta maquinària requereix unes partides econòmiques amb estabilitat en el temps. Això, en una situació de crisi econòmica, es torna molt més complicat, per no dir impossible. Però caldrà decidir on es posen les prioritats per tal de no fer desaparèixer tot el que s'ha construït en aquests anys.

A nivell de comarca, les oportunitats de millora passen per:

- Avançar en apropar la prestació de la cartera de serveis a tots els municipis de la comarca, mitjançant la diversificació dels equipaments o el desplegament de nous serveis comunitaris (programa xarxa Activa't).
- Cercar mecanismes per disminuir la sobrecàrrega administrativa que han provocat les darreres instruccions de la Llei de la dependència i agilitzar l'accessibilitat als serveis.
- Afavorir el desplegament d'eines de coordinació i comunicació conjuntes amb els serveis sanitaris (plataforma SISO).
- Avaluar els serveis existents i fer el seguiment de les necessitats del territori per tal de cercar de manera creativa noves actuacions d'intervenció.

Atenció domiciliària a Osona

Núria Viñas Segalés

Coordinadora de l'Àrea de Promoció de l'Autonomia
i Atenció a la Dependència del Consell Comarcal d'Osona

Resum

A la comarca d'Osona, la població major de 65 anys té un índex d'envelliment del 96,67% i un índex de sobreenvelliment del 17,36%. L'envelliment s'associa a l'aparició de múltiples patologies i situacions de vulnerabilitat, relacionades amb discapacitat, que amb l'edat poden agreujar-se i traduir-se en dependència.

En l'article es presenta el model d'atenció domiciliària a Osona com un servei de suport dirigit a les persones grans que presenten una manca d'autonomia personal. A partir de la valoració social es determina quina atenció es necessita i la idoneïtat del servei, tenint en compte la persona i el seu entorn.

Es descriuen les principals característiques del servei, les diferents tipologies segons perfil de població atesa, les intervencions que es realitzen al domicili, el procés de prestació i l'anàlisi descriptiva dels perceptors de l'ajuda a domicili.

Paraules clau: valoració social, atenció global, suport vida autònoma.

1. Introducció

A partir de l'aprovació del marc legislatiu estatal, Llei 39/2006, 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència, i la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials a Catalunya, el Servei d'Ajuda a Domicili (SAD, en endavant) s'ha consolidat com un servei de dret per aquelles persones amb manca d'autonomia que volen viure al seu domicili habitual.

L'augment de l'esperança de vida i, en conseqüència, l'envelliment i l'aparició de situacions de dependència són factors determinants

perquè aquestes persones requereixin unes atencions de llarga durada, que fins al moment han estat assumides majoritàriament per la família, concretament per les dones. Amb els canvis socials produïts al llarg dels darrers anys, els nous models de família constaten que les unitats familiars són cada vegada més reduïdes, com també es veuen els nous rols de les dones, que han fet necessari que els serveis públics continuïn i amplii l'oferta d'aquest suport al domicili per facilitar que les persones puguin escollir on volen viure.

2. Servei d'Ajuda a Domicili (SAD)

L'objectiu del servei és millorar la qualitat de vida de les persones al domicili, és a dir, oferir el suport i/o supervisió a la persona en totes les activitats que afavoreixin el desenvolupament de la vida autònoma i independent per viure al domicili habitual. Una altra finalitat és la de donar suport a la unitat familiar en la seva organització en relació a l'atenció de la persona amb dificultats en l'autonomia personal.

El Servei d'Ajuda a Domicili s'entén com un conjunt organitzat d'accions que es realitzen, bàsicament, dins la llar de la persona i/o família, dirigides a proporcionar atencions personals, ajuda a la llar i suport social a persones o famílies amb situació de manca d'autonomia personal, dificultats de desenvolupament o problemàtiques familiars especials.

3. Model d'atenció domiciliària a Osona

Des de l'Àrea de Serveis Socials del Consell Comarcal d'Osona, responsable de la gestió i organització del servei amb la col·laboració dels 51 ajuntaments, s'ha treballat al llarg dels darrers anys en el consens sobre el model de provisió de servei unificat per a tota la població d'Osona.

La regulació del sistema de proveïdors a través de concurs públic per la prestació del SAD, així com la creació de l'estructura i disseny del mapa de processos de tot el servei han estat els elements clau per poder oferir un servei de qualitat i ajustat a la demanda existent.

El model d'atenció domiciliària a Osona comprèn un conjunt de serveis que es presten de forma coordinada per garantir una atenció global a les necessitats de les persones, donant una resposta adequada a cada situació. Els diferents tipus de SAD s'organitzen a partir del col·lectiu a qui va dirigit, prestant el servei a través d'una empresa es-

pecialitzada en funció de les característiques de les persones ateses, tenint en compte la professionalitat, l'expertesa i la proximitat en el territori.

3.1. Tipologia de Servei d'Ajuda a Domicili

3.1.1. SAD gent gran dependència

Adreçat a aquelles persones majors de 65 anys que, per manca o pèrdua d'autonomia física, psíquica o intel·lectual, tenen necessitat de suport per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària i/o instrumentals.

És imprescindible disposar del reconeixement del grau de dependència valorat a partir de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la dependència (LAPAD, en endavant).

L'empresa prestadora del servei està especialitzada en l'atenció a la gent gran, amb una experiència assistencial en el camp de les cures de llarga durada i en l'atenció sociosanitària, comptant amb un equip d'infermeres com a responsables del servei.

3.1.2. SAD dependència especialitzat en salut mental

Adreçat a aquelles persones entre 18 i 65 anys, amb trastorn mental greu o amb algun diagnòstic de malaltia mental.

És imprescindible disposar del reconeixement del grau de dependència valorat a partir de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la dependència.

L'empresa prestadora del servei està especialitzada en l'atenció a persones amb malaltia mental.

3.1.3. SAD dependència especialitzat en discapacitats

Adreçat a menors de 18 anys amb grau de discapacitat reconegut.

És imprescindible disposar del reconeixement del grau de dependència valorat a partir de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la dependència.

L'empresa prestadora del servei està especialitzada en l'atenció a persones amb diversitat funcional.

3.1.4. SAD Transitori

Adreçat a persones que necessiten un suport temporal per poder-se mantenir al seu domicili habitual i recuperar la seva autonomia física,

psíquica o intel·lectual, derivat per un canvi en la situació de salut vinculat a una alta hospitalària.

Es poden beneficiar del servei aquelles persones que es troben en situació de dependència temporal, és a dir, que no tenen el reconeixement del grau de dependència valorat a partir de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la dependència.

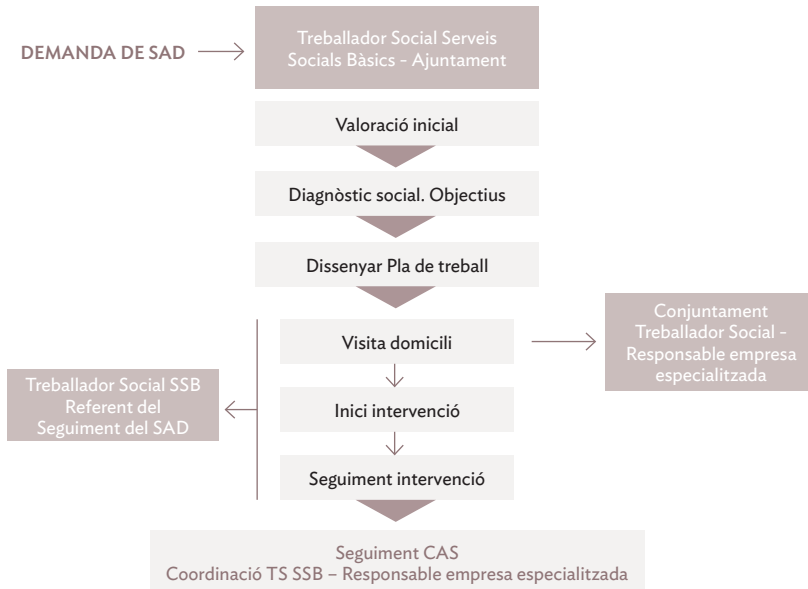
L'empresa prestadora del servei compta amb un experiència assistencial en el camp de la salut i l'atenció sociosanitària.

3.1.5. SAD social i preventiu

Adreçat a aquelles persones grans que es troben en situació d'especial vulnerabilitat, fragilitat o incapacitat que necessiten un suport per mantenir-se al seu domicili habitual i poder recuperar la seva autonomia, però que no disposen del reconeixement del grau de dependència valorat a partir de la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la dependència. L'objectiu és prevenir situacions de risc i oferir assistència per recuperar l'autonomia personal.

4. Característiques del SAD

4.1. Procés de prestació del servei



El treballador social és el professional receptor de la demanda de SAD i responsable de la valoració social inicial al domicili.

En geriatria, el concepte de la funció social és un element que es contempla dins la Valoració geriàtrica integral com una de les parts que cal considerar en la valoració de les necessitats de la gent gran, per tal de garantir una atenció global biopsicosocial (Camarero, 2009).

La conferència internacional sobre Geriatric Assessment Technology, celebrada a Florència el 1994, proposa quines són les sis grans dimensions que la valoració social hauria de tenir: les xarxes socials, el suport social, la sobrecàrrega del cuidador, els recursos socials, el suport social, el benestar subjectiu i la satisfacció, i els valors i preferències individuals (Rubinstein, 1994).

La valoració social permet fer un diagnòstic de les necessitats de la persona i de la complexitat de la situació. La capacitat de l'entorn per assumir les atencions determinarà en què pot suplir o acompanyar el SAD. Aquest factor permetrà prendre les decisions sobre el tipus d'intervencions.

El tècnic social decidirà la idoneïtat del servei i el tipus de SAD més adequat en cada cas. Periòdicament, tant el treballador social com els professionals que presten el servei faran un seguiment de la situació per revisar el pla de treball. A partir d'una visita a domicili, es farà la reavaluació del servei, comprovant que es compleixin els objectius previstos quan es va planificar la intervenció, si el diagnòstic inicial ha variat, i si es detecten noves necessitats que impliquen canvis en l'atenció. És en aquest entorn domiciliari que s'ofereix una atenció integral a partir del treball coordinat dels diferents professionals que intervenen tant en la valoració com en la prestació del servei.

4.2. Intervencions al domicili

4.2.1. Funció assistencial

Suport en les activitats bàsiques de la vida diària (suport en la higiene i cura personal, vestir i desvestir, cura de la salut, mobilitzacions i transferències dins el domicili...).

Suport en les activitats instrumentals (control medicació, preparació d'àpats, organització de la llar...).

4.2.2. *Funció preventiva, de suport i de promoció de l'autonomia*

Detecció i prevenció de possibles situacions de risc a l'entorn immediat de les persones usuàries del servei.

Promoure l'autonomia i atenció a la dependència.

4.2.3. *Funció educativa*

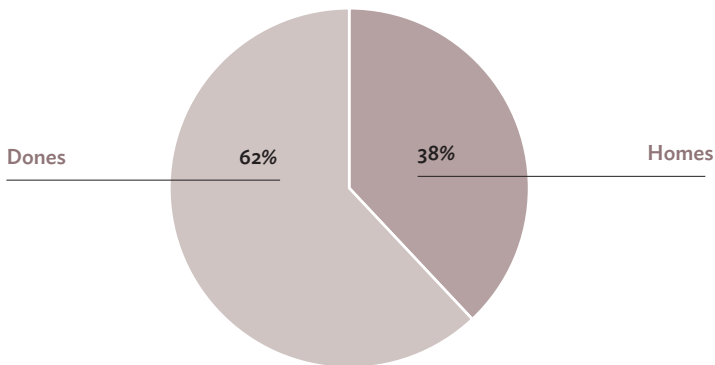
Tasques educatives referides a processos de recuperació d'hàbits de la vida quotidiana, assessorament tècnic pels canvis posturals, pautes i hàbits saludables. Suport al cuidador en el maneig de la situació.

4.2.4. *Servei d'atenció a la llar*

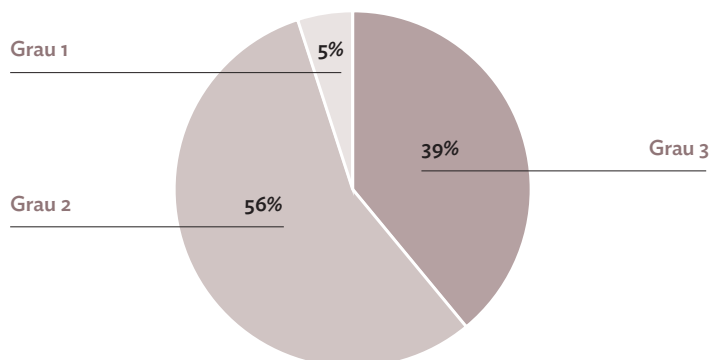
Intervenció complementària en l'atenció personal que dóna suport a la neteja del domicili.

5. Anàlisi descriptiva dels perceptors de l'ajuda a domicili

Gràfic 1. Sexe usuaris SAD dependència



Gràfic 2. Graus de dependència



Els usuaris atesos de SAD dependència tenen un promig de 80 anys. Durant el 2015 es van atendre unes 426 persones amb grau de dependència reconegut, amb un total de 42.415 hores de SAD dependència.

Dels SAD Transitoris i SAD Preventiu, durant el 2015, es van atendre 324 persones, amb un total de 14.654 hores de servei.

Pel que fa al perfil de persones ateses pel SAD Osona durant el 2015, el 75,4% són dones, amb una edat mitjana de 77 anys i una estada mitjana al servei de 3 anys.

6. Impacte del SAD

Des del Consell Comarcal, el 2015, es fa l'anàlisi del Retorn Social de la Inversió del SAD a Osona seguint la metodologia SROI¹, basada en la identificació dels canvis socials, econòmics i mediambientals que provoca el programa analitzat. En el cas del SAD, ens hem centrat en els canvis socials i econòmics.

Es realitza una avaluació de l'impacte global que genera el Servei d'Atenció Domiciliària a partir de la metodologia SROI, qualitativa i quantitativa, que permet identificar i quantificar aquest impacte en relació a la inversió realitzada i que dona com a resultat final un índex expressat en euros.²

1. Social Return on Investment.

2. Nephila (2014). *Anàlisi del Retorn Social de la Inversió del SAD 2014*.

El projecte d'anàlisi permet demostrar el valor social del servei.

Els resultats d'aquest estudi ens mostren que la meitat de les persones usuàries compta amb altres ajuts públics (principalment tele-assistència), però també, en un 17,7% dels casos, amb suport privat. El 63,8% dels casos declara no rebre atenció permanent per part del seu entorn.

A partir de l'aplicació del canvi, els principals beneficis del SAD en els usuaris serien, en aquest ordre: el seguiment mèdic i farmacològic (65,4%), una llar millor adequada (63,5%), un major benestar físic (60%) i un millor recolzament anímic (58,8%).

El perfil de la cuidadora no professional és, majoritàriament, el d'una dona de 64 anys (74,6%). La principal relació amb la persona usuària és la de fill/a (42,3%).

A partir de l'aplicació del canvi, els principals beneficis del SAD en aquests cuidadors seria: menys cansament (69,6%), la possibilitat de relacionar-se més amb l'entorn (55%) i el benestar emocional (51,5%).

El principal beneficiari de l'impacte social del programa és la Generalitat de Catalunya (37,4%) i les persones usuàries (32,7%). Posteriorment, hi trobaríem l'Administració General de l'Estat (AGE), que rebria el 13% de l'impacte, l'entorn cuidador (12,4%) i els treballadors/es de l'empresa proveïdora de servei (4,3%).

Aquest fet permet afirmar que el servei compleix els seus principals objectius de mantenir l'autonomia i el benestar en els usuaris en la seva llar i en reducció de la despesa pública per part de la Generalitat.

La inversió anual per beneficiari directe va ser de 2.978,77€, mentre que l'impacte va resultar en 5.482,89€, fet que suposa que per cada euro invertit es va retornar 1,84€ a la societat. Si comptem amb el pes de l'AGE, aquest impacte social augmenta fins a 6.300,51€, resultant-ne un SROI global de 2,12€ de retorn sobre la inversió. És a dir, per 1€ invertit hi ha un retorn social de 2,12€.

7. Conclusions

El perfil de les persones beneficiàries del SAD presenta unes característiques similars a la resta de persones amb dependència de l'estat espanyol. La mitjana d'edat de les persones amb SAD és de 77 anys, seguint la tendència que a més edat, més dificultats i necessitats de suport i de serveis (Abellán/Pujol, 2016).

Pel que fa al gènere, les dones són el col·lectiu més atès pel SAD en les tres tipologies de servei. Les persones que reben SAD dependència presenten uns nivells de dependència molt elevats: gran dependència - Grau 3 (39%) i dependència severa - Grau 2 (56%). En aquests perfils, s'evidencien unes necessitats tant sanitàries com socials. D'aquí la importància de la millora en la coordinació entre els professionals sanitaris i socials, per tal de garantir un pla d'atenció compartit consensuat.

En els darrers anys, s'ha vist una evolució en l'augment de serveis d'ajuda a domicili en les persones que tenen un grau de dependència reconegut. La Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la dependència ha reconegut el SAD com a dret subjectiu dins les prestacions de serveis de la seva cartera, facilitant així l'accés a tothom qui ho necessiti, independentment de la seva situació econòmica. Tot i així, hi ha una limitació en les hores mensuals, la qual no permet que la intensitat doni resposta a totes les necessitats detectades.

Segons l'estudi realitzat en el perfil de persones grans amb dependència del SAD Osona (Viñas, 2011), es confirma que el SAD dependència no seria viable sense suport informal. Els resultats d'aquest estudi ens diuen que el 86% de les persones que reben SAD viuen acompanyades per alguna altra persona, i el 73% dels cuidadors té una dedicació permanent de 24 hores diàries durant tots els dies de la setmana.

El model de SAD Osona permet donar servei a qualsevol municipi de la comarca amb les mateixes condicions. Permet, també, la mobilitat de les persones dins la mateixa comarca, garantint així el mateix servei independentment d'on es visqui. Es garanteix l'agilitat en l'activació del servei entre 2 i 5 dies des de la petició a l'empresa proveïdora. El servei s'ofereix els 365 dies de l'any, cobrint les franges horàries des de les 7h del matí fins a les 22h, de dilluns a diumenge.

L'expertesa dels tècnics de l'empresa proveïdora especialitzada en geriatria facilita la qualitat en l'atenció de les persones. Segons els resultats de les enquestes d'avaluació del servei, els beneficiaris del servei se senten en bones mans.

Quant al SAD transitori, es confirma que aquesta tipologia de servei té una temporalitat mitjana de 3 mesos. Segons els resultats de les enquestes de satisfacció del SAD per part dels familiars i receptors del servei, aquests fan una valoració global del servei del 9,2% sobre 10. Es valora molt positivament per la immediatesa en l'activació del

servei en el moment de l'alta hospitalària. Inicialment és un tipus de SAD que comença amb una alta intensitat de servei durant les dues primeres setmanes i que disminueix a mesura que la persona recupera la seva autonomia.

L'experiència en l'activació del SAD transitori ens evidencia l'agilitat en la resposta des de que es fa demanda del servei des de l'hospital de cures intermèdies, en coordinació amb el treballador social dels serveis socials bàsics, per tal de garantir el contínuum assistencial quan la persona arriba al domicili després de l'alta hospitalària.

En el cas de les altes des d'hospital d'aguts, es detecten dificultats en la planificació, sobretot per la manca de previsió des de que es decideix l'alta fins que es pot activar el servei, ja que es requereixen 72 hores per activar-lo des de la seva petició.

Un dels elements a millorar, tenint en compte que el SAD és un servei que requereix d'una alta capacitat de gestió des de la complexitat, és que tots els serveis es concentren en la mateixa franja horària, bàsicament al matí, cosa que fa que es compliqui la planificació, com també la qualitat de la jornada laboral de les professionals de l'empresa, conseqüències que es veuen reflectides en jornades limitades.

Com a repte de futur a curt i mig termini, cal plantejar-nos com treballar en un model integrat de valoració i atenció a domicili conjuntament amb les diferents disciplines que hi intervenen, ja siguin de serveis socials o de salut, amb l'objectiu de poder consensuar un pla de treball compartit.

Bibliografia de referència

Abellán, A.; Pujol, R. (2016). "Un perfil de las personas mayores en España, 2015".

Camarero, L.A. (coord.) (2009). *La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social*. Barcelona: Fundación La Caixa.

http://prensa.lacaixa.es/obrasocial/show_annex.html?id=6591

Guinovart, C.; Rovira, E.; Rufí, A. (2011). *Experiència d'ús i resultats d'una escala de valoració sociofamiliar en ancians per part de treballadors socials a la comarca d'Osona*. Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Nephila (2014). *Anàlisi del Retorn Social de la Inversió del SAD 2014*.

Rubinstein, R. L.; Lubben, J.E.; Mintzer, J.E. (1994). "Social Isolation and Social Support: An Applied Perspective", *Journal of Applied*

Gerontology, núm. 13, pàg. 58-72.

Toledano, L. (2008). "Se puede? Trabajo social en domicilios de ancianos". Barcelona: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.

Viñas, N. (2011). *Suport formal i informal. Estudi sobre el perfil de persones grans amb dependència del servei d'ajuda a domicili*. Vic: Eumogràfic (Servei de Publicacions de la UVic).

Legislació consultada:

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (BOE 15 de desembre de 2006, núm. 299).

Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011.

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials (DOGC núm. 4990, 18.10.2007).

Fonts estadístiques consultades:

IDESCAT (2015). Dades de població a 1 de gener de 2015

<http://www.idescat.cat/>

CREACCIO (2015)

<http://www.observatorisocioeconomicosona.cat/>

Centres de dia per a la gent gran - Ajuntament de Vic. Model d'Atenció Centrada en la Persona

Sílvia Martín

Tècnica del Departament de Benestar i Família de l'Ajuntament de Vic

Resum

Els centres de dia de l'Ajuntament de Vic (Centre de Dia Caputxins i Centre de Serveis per a la gent gran Sant Jordi) són serveis d'acolliment diürn que ofereixen suport a les persones grans que necessiten organització, supervisió i assistència en les activitats de la vida diària i que complementen l'atenció pròpia de l'entorn familiar. Des del Departament de Benestar i Família de l'Ajuntament de Vic, juntament amb la Fundació Assistencial d'Osona (FADO), els gestors del servei tenim com a objectiu estratègic la pràctica integrada, des de l'atenció socio sanitària i el Model d'Atenció Centrada en la Persona, que busca la individualització de l'atenció i la participació de les persones usuàries. Es tracta d'una visió més humanística i assistencial d'atenció que té com a fonament bàsic considerar la persona com l'eix de la intervenció.

Paraules clau: centre d'atenció diürna, majors de 80 anys i dependents, capacitat de decidir, persona com a eix de la intervenció, participació en el projecte vital, canvi com a procés.

1. Servei de centre de dia per a la gent gran

Previst en la Cartera de Serveis Socials, segons La Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, el servei d'acolliment diürn (centre de dia) per a gent gran és un servei públic municipal que ofereix un conjunt integrat, organitzat i coordinat d'accions (assistencials, de suport, d'acompanyament, educatives i preventives), amb la finalitat de donar suport a les persones grans que necessiten organització, supervisió i assistència en les activitats de la vida diària i que complementen l'atenció pròpia de l'entorn familiar.

Els objectius dels serveis d'acolliment diürn per a les persones grans són:

- Oferir un entorn adequat i adaptat a les necessitats d'atenció de les persones.
- Afavorir la recuperació i el manteniment de l'autonomia personal i social.
- Mantenir la persona en el seu entorn personal i familiar en les millors condicions.
- Proporcionar suport a les famílies en l'atenció a les persones grans dependents.

1.1. Centres de dia de l'Ajuntament de Vic

L'Ajuntament de Vic disposa de dos centres de dia de titularitat municipal que són:

- Centre de Dia Caputxins, situat al c/ de la Indústria, 3 de Vic i amb una capacitat de 20 places.
- Centre de Serveis per a gent gran Sant Jordi, situat al c/ Remei, 42 de Vic i amb una capacitat de 50 places.

Ambdós centres ofereixen un total de 70 places, de les quals 50 són públiques, mitjançant un conveni de col·laboració amb la Generalitat de Catalunya.

1.2. Perfil de persones ateses

El perfil estàndard de persona usuària és: dona de més de 80 anys i amb una dependència reconeguda de grau II. En els darrers anys, aquest perfil ha anat variant.

Comptem amb una població cada cop més envellida. El 81,3% de la població atesa té més de 80 anys, amb un 39,5% que tenen més de 85 anys. Només el 18,6% té entre 65 i 79 anys.

També cal tenir en compte que es tracta d'un col·lectiu molt feminitzat. El 81,4% de la població atesa són dones. Aquest fet és molt rellevant i s'ha de tenir especialment cura a l'hora d'organitzar activitats significatives en el centre, per tal de no deixar el col·lectiu masculí exclòs.

En relació a la seva autonomia, es tracta d'un col·lectiu amb un alt nivell de dependència, segons les valoracions que contempla la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i

Atenció a les persones en situació de dependència. El 52,3% de la població atesa té reconegut el GII de dependència. Només un 11,6% de les persones són valorades com a persones autònomes i un 16,3% té reconeguda una dependència moderada.

De les persones que van accedint al servei de centre de dia podem observar dos subgrups molt polaritzats: el grup dels més autònoms i el dels grans dependents. Els més autònoms, representats per persones sense grau reconegut o bé amb una dependència lleu, representen el 37,8%, davant d'un 62,2% amb dependències severes. Aquest darrer grup té una curta trajectòria en el centre. Solen ser estades de menys d'un any i amb més rotació.

2. Nou context que encamina cap a un canvi de model d'atenció

2.1. Aprovació de la Llei de dependència

Des de l'aprovació de la Llei de Promoció a l'Autonomia i Dependències de la Generalitat de Catalunya de l'any 2007, en la qual la Generalitat ofereix en el seu catàleg de servei el recurs del centre de dia, hem viscut un canvi substancial en el nombre i el perfil de les persones usuàries d'aquest servei. La llei garanteix un servei adaptat a les seves necessitats amb un preu públic per a les persones i famílies.

2.2. Externalització de la gestió del servei cap un servei més professionalitzat

En els inicis, aquest servei es gestionava directament des del Departament de Benestar i Família del propi Ajuntament de Vic i comptava amb professionals pròpies, amb un perfil de treballadores familiars, que donaven suport i acompanyaven les persones grans que assistien al centre. El centre tenia personalitat pròpia i les persones usuàries participaven en la seva organització. Es tractava, en aquell moment, de persones amb més autonomia i capacitat per decidir en les activitats que s'oferien al centre.

El fet de poder atorgar places a persones amb dependència reconeguda fa que el perfil d'usuari, que fins ara era més autònom, passi a ser de persones amb més dependència que requereixen unes atencions més específiques, individuals i professionalitzades.

Aquest fet va coincidir amb l'externalització i professionalització de la gestió del servei. Va ser atorgada per concurs públic, primer, a la

Fundació Hospitalària de la Santa Creu i, posteriorment, a la Fundació Assistencial d'Osona (FADO).

2.3. Canvi de model d'atenció en el servei d'acolliment diürn

Ens arribaven experiències positives del País Basc on aplicaven el model d'atenció centrat en la persona, liderat per la Fundación Pilares.

Al Departament de Benestar i Família de l'Ajuntament de Vic ens vam marcar com a objectiu estratègic la pràctica integrada, des de l'atenció sociosanitària i el Model d'Atenció Centrada en la persona, que busca la individualització de l'atenció i la participació de les persones usuàries.

Es va fer una aposta per formar i sensibilitzar els professionals de gestió i els tècnics d'atenció directa a través de cursos impartits per professionals pioners en aquest model d'atenció, especialment Teresa Martínez i Pilar Rodríguez, realitzats a la UVic, a DIXIT, etc.

2.4. Model d'Atenció Centrada en la Persona

És una proposta per a la millora de la qualitat de vida de les persones grans amb situacions personals, socials i de salut heterogènies des de l'atenció professional. Es tracta d'un model d'atenció personalitzada, centrada en la pròpia persona, individualitzada i fonamentada en una visió integral i global de l'individu que passa a ser l'eix de la intervenció.

3. Fonaments bàsics del Model d'Atenció Centrada en la Persona

3.1. Canvi de visió institució/persona usuària

Es tracta d'un canvi de mirada envers la prioritització d'objectius en la intervenció amb les persones usuàries. Existeix la tendència a enfocar la planificació i organització partint de la institució. El Model d'Atenció Centrada en la Persona aposta per un canvi d'enfocament, posant la mirada en els interessos de la persona usuària i modificant l'organització del servei, bo i basant-se en el que és important per ella. Per tant, la tendència és anar planificant els horaris, activitats, espais, etc., partint del desig i el ritme real de les persones usuàries.

Aquest canvi de visió fa potenciar les atencions a cada persona, tenint en compte els seus desitjos i preferències. Dóna valor al que real-

ment importa: el benestar de la persona, que és l'objectiu principal. És el valor afegit i el gran repte d'aquest model. Es tracta d'arribar a un equilibri entre necessitats i desitjos de la persona i capacitat de gestió i adaptació de la institució.

3.2. Atenció individualitzada i autonomia de decisió

Centrada en potenciar l'autonomia de cada persona. Treballant des de les seves fortaleses i capacitats, i no des de les seves dificultats o mancances. Es tracta d'apoderar la persona en el seu procés d'envelliment, posant de manifest totes les capacitats conservades.

Hem d'entendre que la dependència no és sinònim de manca d'autonomia i que, per tant, les persones mantenen la capacitat de decisió. Capacitat de tenir el control sobre les seves pròpies vides, escollir, decidir i assumir les conseqüències dels seus actes i decisions. L'autonomia en la capacitat de decisió no és una qüestió de tot o res. I, en tot cas, encara que la persona usuària tingui afectada aquesta capacitat, la pot exercir de forma indirecta quan altres la representen (normalment familiars).

Ens trobem davant de persones físicament molt limitades, però cognitivament molt preservades. Altres han començat a perdre capacitat de decisió, però no en totes les àrees i, en aquest sentit, encara poden ser molt autònomes en moltes de les seves decisions i projectes vitals.

Un punt clau és el Pla de Treball Individualitzat (PTI), partint de les capacitats de la persona i elaborat conjuntament amb ella. És ella mateixa la que marca els seus objectius a treballar i com els vol realitzar. No és un PTI formulat per al professional, sinó que és un full de ruta que es marca la pròpia persona on el professional pren el rol d'acompanyar i no d'organitzar el seu procés.

3.3. Respecte d'allò privat i íntim. El professional de referència

Les persones tenim aspectes propis que no volem compartir i, per tant, hi ha activitats en què la persona usuària no voldrà participar o que no voldrà realitzar. Aspectes de la seva vida que és important d'entendre i respectar per poder donar una bona atenció.

Aquí rau la importància d'assignar un professional de referència escollit per la pròpia persona usuària. Serà el professional que l'acompanyarà en el seu procés, que compartirà estones de tertúlia i confidències, i amb qui elaborarà el PTI. El professional informarà a la

resta de l'equip d'aquelles coses bàsiques que sempre s'hauran de respectar en la seva atenció diària al centre, per exemple: li agrada que li parlin a poc a poc, prendre la llet amb tassa gran, dutxar-se a la tarda, etc.; no li agraden les activitats de música, les activitats en grup, que la pentinin, etc. Així mateix, traspasarà el PTI elaborat, de forma que apliqui, si s'escau, la seva especialitat (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, infermera, treballadora social, etc.). També haurà de vetllar per respectar aquelles coses íntimes i personals que la persona no vol que es traslladin a l'equip.

3.4. Activitats significatives

Les activitats significatives són aquelles que les persones usuàries valoren com a importants i que tenen sentit per a elles, i des de les quals es potenciaran les seves capacitats i rols. Han de ser proposades i acceptades per les persones usuàries. Es realitzaren de forma simultània i cada persona decideix en quina vol participar. Diferenciem les activitats de la vida quotidiana de les activitats terapèutiques i les activitats lúdiques.

3.4.1. Activitats de la vida quotidiana

Són activitats amb base terapèutica, aplicades cada dia al centre. Tenen a veure amb les activitats no dirigides de manteniment i participació en la cura de l'espai: horticultura, cuidar plantes, parar taula, doblar estovalles, rentar roba, comprar, decorar el centre, etc. Aquestes activitats es poden donar de forma simultània, amb la participació voluntària de les persones usuàries, guiades i supervisades pels professionals del centre. En aquestes activitats també es treballa indirectament la preservació de la memòria i l'activitat física.

3.4.2. Activitats terapèutiques

Poden ser individuals i/o grupals, i varien en funció de les capacitats de les persones usuàries i dels aspectes a treballar segons la valoració del tècnic de cada disciplina. Són activitats més dirigides pel professional.

3.4.3. Activitats lúdiques

Són activitats lúdiques escollides per les persones usuàries, en funció de les aficions i preferències que tenen. Actualment, principalment, són les partides de dòmino, la costura i les labors.

3.5. Inclusió i participació de les famílies

Hem de tenir en compte que, quan una família decideix portar la persona gran a un centre de dia, és motivat, en un gran nombre de casos, per la sobrecàrrega que suposa estar tot el dia cuidant-la, o bé perquè la persona ja no pot romandre sola al domicili. Això genera, en moltes famílies, sentiments contradictoris, i és freqüent que es desenvolupin sentiments de frustració i/o culpa per no poder continuar cuidant la persona. Aquest model proposa una major participació i integració al centre de les famílies. Se'ls ofereix un espai de rebuda i comiat informal quan vénen a recollir les persones usuàries, així com una participació en les activitats quotidianes del centre. Es genera, així, una relació més propera i de confiança amb els professionals del centre.

Les famílies són una font d'informació en persones amb demència. Seran elles mateixes les que participaran en aspectes concrets del seu PTI i ens ajudaran a conèixer la persona a través de la seva història de vida. Les haurem de tenir en compte a l'hora de prendre decisions de la persona usuària.

3.6. Nova organització dels professionals

Aquest model té com a punt clau el canvi de mirada dels professionals i la seva acceptació. Han de desaprendre i aprendre a trencar amb les dinàmiques anteriors. El model respon a una organització horitzontal, on se sumen les capacitats i els rols professionals. L'integren equips professionals polivalents amb una nova organització, per competències. És necessària una formació i acompanyament des de la direcció del centre.

4. El canvi com a procés. Revisió i avaluació

Es tracta d'un canvi de mirada. Una visió més humanística i assistencial d'atenció. Requereix temps per poder impregnar els professionals i també les persones usuàries i famílies de la nova filosofia d'intervenció. És un canvi lent, en moviment, i que ha de ser revisat i avaluat contínuament.

La Generalitat de Catalunya té com un dels seus objectius la millora de la qualitat dels serveis. Per afavorir aquest propòsit, ha impulsat un projecte d'avaluació externa de qualitat dels centres de dia de gent gran. La metodologia utilitzada ha estat la determinació de cinc dimensions bàsiques:

- Atenció a la persona
- Atenció a la família
- Relacions i drets dels clients
- Accessibilitat, seguretat i confort
- Organització

L'aplicació del Model d'Atenció Centrada en la Persona ha de poder ser avaluat en totes aquestes dimensions.

Bibliografia de referència

Bermejo García, L. (2009). “Guía de la Buenas Prácticas en Centros de día de personas mayores en situación de dependencia”. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies.

https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/2.1_Centros%20dia-Parte%20I.pdf

Martínez, T.; Díaz-Veiga, P. *et al.* “La atención centrada en la persona. ¿En qué consiste este modelo de atención?”. Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco; Matia Instituto.

http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/cuaderno%20I.pdf

Martínez Rodríguez, T. “La atención centrada en la persona”.

<http://www.acpgerontologia.com/>

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). “La atención integral y centrada en la persona”, *Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, núm.1.

<http://www.fundacionpilares.org/docs/AICPweb.pdf>

http://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_PPT_Rodriguez.pdf

Legislació consultada:

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en situació de Dependència.

https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2006/12/16/pdfs/A03550-03564.pdf

Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials.

http://benestarsocial.paeria.cat/serveis-socials/20071004_Llei-serveissocials_tcm3264578.pdf

Cartera de Serveis Socials 2010-2011.

http://www.ceesc.cat/images/simplefilemanager/55acf41c1d9366.41067579/Cartera_Serveis_Socials.pdf

Impacte de la implantació de la Llei de la dependència en el servei de residència per a gent gran

Montserrat Blasco Rovira

Directora tècnica de la residència El Nadal de Vic

Resum

A la comarca d'Osona hi ha 1.413 places de residència disponibles, 1159 de les quals són assistides³, la qual cosa suposa una ràtio de cobertura de 5,40 places per cada 100 persones majors de 65 anys, un valor superior a la ràtio de cobertura de places residencials a Catalunya, que se situa en un 4,82. Per altra banda, un 23% del total de persones valorades de dependència a la comarca tenen adjudicada la prestació de servei residencial.

Des de l'entrada en vigor de la Llei 39/2006 de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència, les residències per a la gent gran han vist com ha anat canviant el perfil de la persona resident, amb un grau de dependència cada vegada més elevat i en la majoria dels casos associada a malalties cròniques de llarga durada. La complexitat sanitària que presenten aquestes persones deriva en la necessitat d'una atenció especialitzada per la dificultat de ser ateses al seu domicili i en un entorn familiar.

El següent article fa una anàlisi de la situació de les residències de la comarca d'Osona, revisant el perfil de resident i exposant, també, les dificultats en què es troben els centres residencials per fer front a les necessitats d'aquest col·lectiu.

Paraules clau:

AUTONOMIA: capacitat de la persona per actuar, controlar la seva

3. Mapa de serveis socials 2013.

pròpia vida i prendre decisions, així com assumir les conseqüències de les mateixes. El terme oposat és heteronomia.

INDEPENDÈNCIA: es refereix a la realització independent de la persona en les seves activitats de la vida diària, sense la necessitat d'ajuda d'altres persones. El seu terme oposat és dependència.

PCC: Pacient Crònic Complex.

MACA: pacient amb Malaltia Crònica Avançada.

AICP: Atenció Integral Centrada en la Persona.

1. Perfil de persones ateses en residències

Per parlar del perfil de persones que en aquests moments estan vivint en un centre residencial, ens remetrem a un informe recent presentat per la Fundació Edad y Vida,⁴ sobre una mostra analitzada de 19.282 persones ateses en diferents centres residencials de diverses comunitats autònomes i de diferent dimensió i titularitat, amb l'objectiu de proporcionar la màxima representativitat a l'estudi. D'aquest informe es desprèn com a característica més rellevant l'alt nivell de dependència (grau 2 i 3), condició indispensable per a l'accés a una plaça residencial de finançament públic, tot i que en les residències de titularitat privada també es doni aquesta situació. Concretament, un 27% de les persones que ingressen en un centre residencial presenten un índex de Barthel inferior a 20 punts. El principal motiu d'ingrés és la malaltia d'Alzheimer o altres demències, presentant, en un 63% dels casos, funcions cognitives alterades ja en el moment de l'ingrés. Un 76% presenten pluripatologia, un 67% tenen set o més fàrmacs actius i un 73% presenta incontinència urinària.

Aquests resultats mostren que actualment les residències ja estan atenent persones amb necessitats sanitàries complexes tot i ser considerades un recurs social. Tenint en compte aquestes dades i analitzant el que passa a la comarca d'Osona, veiem que el perfil és similar. Les dades facilitades per la Residència El Nadal (Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic) i la Residència Aura de Manlleu (Consorci Hospitalari de Vic) ens permeten disposar de dades representatives sobre el perfil del resident atès en centres residencials de la comarca.

Les dades que es mostren a continuació s'han extret sobre el total de persones ateses a ambdues residències al llarg de tot l'any 2015. La

4. "Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales" (2015).

mostra ens indica un perfil majoritari de dones, representades amb un 73% del total i amb una mitjana d'edat que se situa en els 84 anys.

Any 2015	Nadal	Aura
Atesos	189	188
Exitus	21.69%	23.80%
Exitus al propi centre	93%	93.9%
Demència	65.5%	74.4%
PCC	31%	43%
MACA	55%	37%
Igual o més de 9 fàrmacs	26.24%	54.88%
Incontinència	89%	78.4%
Barthel < 20	45.3%	44%
Altes per exitus < 120 dies	23.91%	27%

Font: Institut Municipal de Serveis Socials de Barcelona.
Dades: primer trimestre de 2016.

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya contempla dos perfils de persones amb complexitat sanitària: per un costat, els denominats Pacients Crònics Complexos (PCC) i, per l'altre, aquells que precisen un Model d'Atenció a la Cronicitat Avançada (MACA). Tal com podem comprovar en la taula anterior, aproximadament un 83% de les persones que viuen en una residència són identificades com a PCC o MACA, indicant així, ben clarament, un perfil amb alta complexitat sanitària i amb alta dependència. Cal destacar, també, la importància de la malaltia d'Alzheimer i altres demències com a motiu d'ingrés en un centre residencial, així com el número d'incontinents o bé la mortalitat assumida en el propi centre.

L'impacte que l'atenció a aquestes persones genera sobre tot l'equip de professionals de les residències és realment molt important, tenint en compte que en la majoria de centres residencials no hi ha la presència mèdica continuada, recaient sovint la responsabilitat i la presa de decisions difícils sobre l'equip d'infermeria i auxiliars.

2. Model d'atenció sanitària a la residència

Hem destacat l'alta concentració de complexitat sanitària en les residències de la comarca i això fa reflexionar sobre el model d'atenció sanitària òptim per poder atendre degudament aquest perfil d'usuaris. Lluny ens trobem d'un recurs social substitutori de la llar tal i com està dissenyat aquest servei, on no existeix un model sanitari definit, sinó que cada centre, en funció del territori, dels recursos sanitaris de què disposa i del grau de col·laboració existent amb altres serveis, s'organitza per poder atendre les necessitats sanitàries dels residents de la millor manera possible.

És responsabilitat del Centre d'Atenció Primària (CAP) del territori on hi ha la residència la prestació de l'assistència mèdica a les persones que hi viuen; però és habitual que les residències geriàtriques tinguin un servei mèdic propi que complementi aquesta atenció, sobretot en les residències més grans, en les quals es fa difícil mantenir un model d'atenció domiciliària tradicional i en què cada usuari té adjudicat un metge de capçalera, havent de treballar amb la diversitat de criteris que aquesta situació pot comportar. Caldria, consegüentment, una reflexió a fons dels motius d'aquesta situació i fer una crítica de per què, sovint, aquesta atenció mèdica que es presta a les residències des de l'assistència primària no és suficient per poder donar la millor atenció sanitària, de qualitat i de forma adequada.

En relació a aquesta reflexió, podem afirmar que l'atenció sanitària a la residència cal que vagi més enllà de la simple atenció a les crisis o descompensacions de les malalties cròniques. És imprescindible dur a terme un seguiment periòdic de la situació de les malalties cròniques i de la pauta farmacològica per part dels metges sobre els quals recau aquesta responsabilitat. La provisió tant de serveis sanitaris com socials cal que es doni de manera conjunta i complementària per tal de poder oferir una atenció integral i integrada a l'usuari i la família. Per això, és recomanable que el metge s'incorpori en la dinàmica de la residència i complementi amb la seva aportació el gran treball que estan realitzant els equips interdisciplinaris, per tal de minimitzar l'impacte d'una atenció fragmentada social i sanitària. El metge responsable de l'atenció a la salut dels residents, ja sigui un metge vinculat a l'atenció primària o un metge propi del centre residencial, cal que tingui un alt grau de coneixement del pacient geriàtric, així com experiència en la gestió de les situacions de salut relacionades amb els perfils de resident que s'han esmentat en el punt anterior (atenció al

pacient PCC i MACA, gestió del trastorn del comportament, immobilitat i altres síndromes geriàtriques, ajust de pautes farmacològiques, maneig de situació de final de vida). Seria també molt adient que tingués a l'abast altres especialistes, per tal que la seva consulta es pogués realitzar d'una manera més àgil i coordinada, podent evitar així en alguns casos els trasllats dels residents fràgils a consultes externes.

El fet que el metge no tingui presència continuada en els centres residencials fa que la responsabilitat sanitària recaigui, en la majoria de casos, sobre la infermera. El paper d'aquesta infermera és clau. Cal que estigui formada i preparada en l'atenció al pacient geriàtric i, sobretot, com en el cas del metge, en la gestió de la persona amb demència, en l'atenció al final de la vida i, també, en el maneig del pacient PCC i MACA pel gran impacte que tenen aquestes situacions dins l'entorn residencial. Aquesta infermera treballa tenint en compte la previsió de possibles problemes de salut, definint el nivell assistencial del resident conjuntament amb la resta de l'equip, l'usuari i la família, facilitant d'aquesta manera la presa de decisions en moments de crisi i evitant, en moltes ocasions, trasllats innecessaris de la persona usuària als serveis d'urgències hospitalàries. Per tant, la presència d'una infermera de pràctica clínica avançada té molta rellevància en un entorn residencial.

3. L'atenció sanitària atesa en un recurs social

Les residències segueixen les directrius del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, però també s'han d'adaptar a les directrius del Departament de Salut, tenint en compte que ambdós departaments no sempre van en la mateixa direcció. No podem perdre de vista la raó de ser d'un centre residencial per a gent gran, que veu com aquesta càrrega assistencial va creixent cada vegada més i fa trontollar les seves funcions bàsiques de substitució de la llar i treball des del punt de vista de promoció de l'autonomia personal.

Les residències tenen una relació d'interdependència vers la resta de serveis sanitaris i del territori, ja que, tot i tenir un alt grau de coneixement de la situació i l'entorn de la persona, sovint, no tenen la possibilitat de mobilitzar recursos, depenent en tot moment de l'Àrea Bàsica de Salut o de l'hospital d'aguts de referència per a la gestió de les prestacions de salut. Aquesta relació es veu agreujada en aquells casos en què l'atenció mèdica a la residència recau sobre un metge propi, ja que necessita suport dels equips d'assistència primària per

tal de poder realitzar la seva funció amb òptimes condicions. La duplicat de programes informàtics, la prescripció farmacològica o la gestió de la recepta electrònica són exemples de dificultats habituals a les quals cal fer front des de l'organització de cada centre residencial.

La prestació farmacèutica i de productes sanitaris és finançada i gestionada com si els centres residencials fossin el domicili de la persona, condicionant absolutament el model de subministrament d'aquests productes a la residència, i es concreta a través de la prescripció i recepta electrònica generada pels professionals de l'atenció primària. La gestió d'aquest procés és altament complexa i necessita una molt bona coordinació entre el centre residencial, el centre d'atenció primària i la farmàcia que subministra els fàrmacs i productes sanitaris de la persona, situació que, alhora, es veu agreujada per l'alta complexitat de la gestió del copagament per part de l'usuari, obligant així les residències a una gestió totalment individualitzada i acurada de cada fàrmac o producte sanitari. Cal tenir en compte, a més, que els serveis socials no han considerat la despesa sanitària derivada de l'atenció de la persona resident a l'hora de calcular l'aportació de la plaça pública residencial, fent que en alguns casos l'usuari tingui dificultats per fer front a aquesta despesa.

4. Model d'Atenció Integral i Centrada en la Persona (AICP) en residències

Més enllà de l'atenció sanitària de la persona i de la que s'ha parlat fins ara, amb l'entrada en vigor de l'esmentada Llei de la dependència, el perfil de resident ha canviat no només a nivell de la seva situació de dependència i de salut, sinó que la promoció de la seva autonomia ha suposat un canvi en la manera de tractar i cuidar la persona gran en un entorn residencial. Per la seva banda, la persona i, en el seu defecte, la seva família, volen un paper actiu en la presa de decisions que afectin el dia a dia, i no només sobre les decisions relacionades amb la seva salut, sinó també sobre les seves preferències i la seva participació activa en el seu respectiu pla de treball, l'objectiu del qual busca la millora de la seva qualitat de vida en particular. Això ha suposat un canvi en els centres, que ja estan implantant canvis en aquesta direcció, adaptant l'organització a les necessitats de la persona, a diferència dels models tradicionals en què la persona s'ha d'adaptar a l'organització en la que viu.

Per aconseguir avançar en aquest model d'atenció és necessària una implicació dels professionals que va més enllà de la pròpia assistència a les necessitats de la persona gran. Cal que es treballi des d'un punt de vista totalment diferent, centrant l'atenció en les capacitats i no en els dèficits de la persona, incorporant tasques no assistencials relacionades amb el suport emocional i el suport a la realització de les activitats instrumentals de la vida diària, com ara la compra, la preparació del menjar o, fins i tot, tasques relacionades amb l'oci. Per això, cal anar canviant el rol dels professionals per tal que incorporin la polivalència i la flexibilitat en les seves aptituds personals per adaptar-se al màxim a aquest nou model d'atenció, basada, més que mai, en la promoció de l'autonomia i la independència de la persona en el seu dia a dia.

Els canvis que genera aquest model d'atenció sobre el rol de l'equip de professionals són els més importants. Però també van acompanyats de canvis en l'entorn de la residència, per tal de donar un ambient més acollidor i adaptat a les necessitats de les persones que hi viuen. És interessant incorporar espais que permetin realitzar activitats de la vida diària i que apropin la persona que ho desitgi a les rutines domèstiques, realitzant tasques relacionades amb la bugaderia, amb la cuina o amb altres interessos de la persona. No obstant, no podem perdre de vista que els canvis realitzats en l'entorn són facilitadors de l'aplicació del model, però mai el model en sí, que va molt més enllà, aprofundint en el tracte amb la persona, la promoció de l'autonomia personal o la defensa dels seus drets. Per altra banda, les activitats que es porten a terme en el dia a dia de les residències, proposades per part dels professionals o dels propis residents, han d'estar repensades, ja que han de tenir un sentit per a ells i han d'estar orientades als seus interessos i preferències.

Un altre element clau d'aquest model d'atenció és la incorporació de la família en la dinàmica del centre residencial, promovent així la seva participació activa junt amb la dels professionals per tal de complementar l'atenció de la persona. La família desenvolupa un paper clau com a coneixedora de la persona en aquells casos que aquesta està afectada per una demència, donant pautes de com voldria ser cuidada i aportant informació valuosa respecte a les seves rutines, hàbits i preferències, sempre i quan sigui capaç d'opinar, posant-se en el lloc de la persona a la qual representa.

És clau trobar el punt d'equilibri entre les preferències i els desitjos de la persona amb el que pot oferir la institució, tenint en compte que, per una banda, aquesta ha de vetllar per la convivència i els interessos comuns de la unitat i, per altra banda, també ha d'assegurar la sostenibilitat del model.

L'experiència dels centres que tenen unitats de funcionament seguint els principis d'aquest model d'AICP ens diu que els beneficis per a la persona gran són molts i gratificants, però que també generen satisfacció als professionals d'atenció directa i a les famílies implicades de manera activa en el procés.

5. Reflexions

El repte més important que tenen els centres residencials és el fet de definir quin ha de ser el model d'atenció sanitària més adequat als residents, que s'adapti de veritat a les seves necessitats i a les característiques de les residències. Cal la implicació imprescindible de l'Administració per superar aquesta fragmentació en la prestació de serveis i que es reconegui els centres residencials com a prestadors de serveis sanitaris, a més de socials, dotant-los dels recursos necessaris per a fer front a aquesta situació en què la persona necessita la prestació d'ambdós serveis de manera simultània.

És necessari crear aliances amb els diferents recursos sanitaris i socials, i que aquests s'interrelacionin amb el servei residencial per tal de millorar els processos de relació, compartint resultats obtinguts i marcant línies de millora conjuntes i objectius comuns.

Cal reflexionar, també, sobre un canvi de model en la prestació farmacològica a les residències, adequant el sistema actual a les necessitats de salut dels residents, repensant el fet de considerar la residència un domicili de la persona i que la prescripció sigui responsabilitat de l'atenció primària i la dispensació de la farmàcia corresponent. El model de finançament actual en relació a aquesta prestació també cal ser replantejat, sobretot per les dificultats que genera tant als propis usuaris, que, com hem comentat, sovint no poden fer front al copagament corresponent en no estar contemplat en el càlcul de la seva plaça pública, com a les pròpies residències, que obligatòriament han de gestionar la medicació de manera individualitzada amb la dedicació i complexitat que això comporta.

Per últim, cal seguir avançant en models que promoguin l'atenció integral i centrada en la persona, perquè són models que generen una

millora de la qualitat de vida de les persones que viuen en un centre residencial, així com també una gratificació per part de l'equip de professionals que intervenen en la cura de la persona, la família i l'entorn.

Bibliografia de referència

Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2002). “Com prestar una assistència de qualitat a persones que estan en residències geriàtriques”, *Quaderns de la Bona Praxi*, núm. 15.

Fundación Edad & Vida (2015). *Perfil sanitario de las personas ingresadas en centros residenciales*. Barcelona: Fundación Instituto Edad & Vida.

Mapa de Serveis Socials de Catalunya 2013. http://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/serveis_socials/estadistiques/mapa_de_serveis_socials_de_catalunya/mapa_serveis_socials_2013/

Rodríguez Rodríguez, P.; Vilà Mancebo, A. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Editorial Tecnos.

Segú Tolsa, L.; del Álamo, O. (2015). *Diseño de un modelo integral de mejora de la gestión de los medicamentos y productos sanitarios en residencias asistidas*. Barcelona: Fundación Instituto Edad & Vida.

Legislació consultada:

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE 15 de desembre de 2006, pàg. 44142-44156).

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

Què ens caldria per avançar? Reptes de futur i tendències

Jordi Roca i Casas

Director de la Fundació Assistencial d'Osona

Joan Escarrabill i Sanglas

Director del Programa d'Atenció a la Cronicitat de l'Hospital Clínic de Barcelona

Jordi Roca (JR): Des del 2012 (Llei 20/2012, de 13 de juliol) estem en un període clar de “retrocés” en l'aplicació i desenvolupament de la llei que, per alguns, va més enllà de la reducció del dèficit i fa pensar en un canvi de model amb el pretext de que no és sostenible, quan sembla, més aviat, un tema de voluntat política i de prioritització de les actuacions.

El desenvolupament desigual de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAPAD) per territoris, la baixa intensitat dels serveis, la demora excessiva en resoldre les sol·licituds d'assistència, un sistema d'informació encara en desenvolupament i un model de finançament insuficient han estat, malauradament, les pautes que hem anat patint durant tot aquest temps.

El ja complex pas d'un sistema assistencial a un altre de cobertura universal, unit a la situació de crisi econòmica, motiva el plantejament de qüestions que tractin dels riscos i reptes del nou model d'atenció a la dependència amb l'objectiu d'avançar cap a la construcció d'un sistema eficient i equitatiu. En l'anàlisi de context en relació a l'atenció a la dependència no podem oblidar que les persones grans dependents ho són per fragilitat i multimorbiditat, i que un tema que no és menor en el grau de desenvolupament del sistema d'atenció a la dependència és la percepció de que la coordinació entre els àmbits sanitari i social no només no és l'idoni, sinó que s'ha perdut una oportunitat de fer un pas endavant i s'ha avançat poc en integrar la seva atenció.

Cal, però, anar més enllà de la LAPAD i de la seva aplicació. En aquesta darrera sessió, volem, doncs, fer un exercici d'optimisme i pensar en quines coses caldria canviar els propers cinc anys per millorar l'atenció a aquestes persones. Un primer punt de debat fa referència a com podem millorar l'atenció i l'experiència dels usuaris i la seva qualitat de vida, que és del que es tracta, en definitiva. Per abordar-ho cal tenir en compte molts aspectes, tant a nivell de macrogestió, en el sentit de com estant organitzats els sistemes socials i sanitaris i com es defineixen les seves polítiques, com també, donat l'àmbit en què ens trobem avui, a nivell de microgestió i mesogestió, que serien els abordables a nivell territorial.

L'argument que poso a debat és que la fragmentació dels serveis actuals no satisfà les necessitats de la població de referència i que una major integració pot millorar l'experiència dels usuaris dels serveis sanitaris i socials i, també, els resultats i l'eficiència de l'atenció.

Joan Escarrabill (JE): Estem parlant de dos mons, el social i el sanitari, i de que encara no ens coneixem gaire. Un primer aspecte és veure què ens vincula, què ens uneix per treballar junts. La idea del sofriment pot ser útil per començar a parlar. La finalitat de la medicina és evitar el sofriment i això ho podem compartir els professionals d'ambdós sectors. Hi ha un sofriment que no podem evitar, que té a veure amb el diagnòstic (el mal pronòstic d'un diagnòstic) i la situació clínica (dolor, intervencions, etc.). Aquest sofriment, en la major part dels casos, no es pot evitar, però quasi sempre el podem mitigar. Hi ha, però, un sofriment que és absolutament evitable i que té a veure amb l'organització de la prestació dels serveis de salut o socials. Aquest és, doncs, un primer punt que ens pot vincular. Per començar, hem de posar-nos d'acord per tal de millorar tot l'enrenou que sovint provoquem a les famílies per la nostra descoordinació quan han de rebre prestacions socials i sanitàries.

Parlant de malalts crònics, hi ha un segon aspecte que, tot i que és un problema sanitari, fa referència a la naturalesa del problema que tractem, i és que, tal i com expliquen els sociòlegs en el marc de la planificació de polítiques socials, estem davant de "problemes enrevessats" (*wicked problems*) descrits per Rittel i Webber. El canvi climàtic, l'obesitat infantil o els accidents de trànsit serien exemples de "problemes enrevessats", en el sentit que no tenen una solució única, que no sabem quin és l'expert que resoldrà aquest problema (i que queda clar que no existeix un "expert únic" per resoldre els "problemes

enrevessats”), sinó que quan n’hem resolt una part, en surt una altra que no esperàvem. No estan acotats en el temps i no tenen un final. No hi ha una solució “bona” i una altra de “dolenta”, sinó una solució menys dolenta que l’altra. En el món sanitari ens costa molt treballar en un context com aquest, no ens n’han ensenyat. El protagonisme no és d’un professional, sinó d’un equip; i el model de decisió no es basa en el coneixement expert, sinó en la deliberació, que és una forma totalment diferent de procedir a la que estem acostumats. Si entenem la base del problema, en el sentit que té una naturalesa diferent, també hi ha oportunitats de millora, que passarien per la relació dialèctica entre diferents professionals en la que la veritat i la raó són coses relatives. Hi ha problemes que, per resoldre’s, requereixen que un gran nombre de persones canviïn la seva mentalitat i comportament, i l’atenció a aquest col·lectiu n’és un bon exemple.

Fins aquí plantejo una aproximació teòrica a la qüestió de com podem millorar la situació. Una aproximació realista i, al meu entendre, l’única manera de resoldre-ho és treballar en equips mixtos, és a dir, barrejar professionals d’ambdós sectors i que ens anem coneixent a partir de les característiques que té cadascú i, progressivament, anem trencant les barreres que ens separen.

JR: El teu plantejament parteix de que hi ha dos bàndols, amb lògiques diferents i que han de trobar allò que els vincula per poder treballar junts, i has fet referència a dos aspectes que poden ajudar en aquest sentit. Seguint en aquesta línia, un enfocament que també podria ajudar seria el de centrar-nos realment en la persona, en el sentit de que l’aspecte nuclear de l’assistència seria identificar les seves necessitats i objectius i prendre les decisions respecte a l’atenció necessària i les actuacions, comptant amb la seva participació. Compartir aquesta lògica ajudaria en el procés d’integració social i sanitària, un paradigma àmpliament compartit per a millorar la situació, però amb la necessitat de superar barreres per tal d’avançar en un veritable treball cooperatiu. La nostra experiència mostra la predisposició dels professionals a treballar plegats i, també, la utilitat de desenvolupar una narració o una història compartida per explicar per què és important disposar d’una atenció integrada.

JE: Parlar d’integració social i sanitària sense explicar res més pot portar a males interpretacions que, en alguns casos, poden generar neguits i resistències. Em sedueix més trobar-nos per parlar de co-

disseny, de manera que, davant d'un problema, tots junts hàgim de dissenyar la solució des del començament. La idea de codisseny no s'ha d'entendre com una idea de procés final, sinó de prototips, d'oportunitat, de començar a poc a poc; fer un procés iteratiu, que quan t'equivoques canvies i fas una altra cosa, pensant en una avaluació de futur i no a curt termini.

Em sento més confortable en una realitat que podem variar entre tots per veure com podem funcionar, en lloc de buscar paraigües basats en estructures.

JR: Quan parlem d'integració sovint s'interpreta des d'una visió estructural, és a dir, la de fusionar estructures pròpies del sector social i sanitari i pensar amb estructures úniques, quan no necessàriament ha de ser així. Es pot integrar el pla d'atenció, en el sentit d'elaborar un pla compartit, és a dir, disposar d'un sol pla d'atenció que compartim els professionals d'ambdós sectors.

JE: D'acord, però aleshores ja estem parlant de codisseny. No és un joc de paraules, és una manera diferent d'abordar els problemes. No parlem de voler estructurar. Parlem d'una manera més dialèctica, en la qual els aspectes locals o territorials juguen un paper molt important. És diferent parlar de com integres a Manlleu o a l'esquerra de l'Eixample de Barcelona. Cal, doncs, un enfocament centrat en entendre quins resultats són rellevants pels ciutadans i pels pacients, que és el que aporta valor. Per tant, entre tots els implicats i amb els pacients, es tracta de plantejar com cal fer-ho per assolir aquests resultats, tenint en compte, òbviament, el coneixement disponible, els recursos i el context.

Tenim un objectiu clar, que és el de millorar el valor que volem oferir al ciutadà. Aquesta idea de que hem de treballar plegats s'ha de portar a la pràctica d'una manera que sigui propera i entenedora al territori, tenint en compte les seves peculiaritats i aprofitant les oportunitats de canvi. Amb poca estructura, poca rigidesa i quan no funciona, es canvia.

JR: Altres aspectes de debat al voltant de la dependència són, per una banda, la sostenibilitat del sistema, que està en dubte per l'impacte de la crisi sobre la LAPAD i que ha comportat diverses reformes de la llei, especialment la Llei 20/2012, de 13 de juliol. Per altra banda, tenim l'equitat a l'accés als recursos. Es tractaria de reflexionar sobre

com podem establir mecanismes de prioritització per a les persones amb més necessitats.

Una de les diferències significatives entre ambdós sectors és la prioritització de l'accés als recursos. En el sector sanitari, el professional sovint té la competència de prioritzar l'accés, aspecte que no sempre és possible en el sector social on ens enfrontem a unes llistes rígides i sense criteris de prioritització de necessitats.

Hi ha exemples reeixits a la comarca, com el cas de la comissió territorial, constituïda per professionals d'ambdós sectors per prioritzar l'accés residencial en salut mental, amb bona resposta de l'administració social per fer-ho possible. Cal plantejar-se com es podria fer això a les residències de gent gran.

JE: La prioritització és molt important. En una situació amb recursos escassos, no suficients per a tot i per a tothom, tenim la responsabilitat de triar bé i avaluar els resultats en l'ús dels recursos i no només la satisfacció de les persones en la seva utilització.

Una manera d'abordar-ho, és involucrant la societat en la manera de fer la prioritització. Aquesta participació en la prioritització s'ha de fer en dues dimensions: una dimensió social, molt més general, però també a nivell de les decisions individuals, tal com es planteja en el model de decisions compartides, per exemple. Un model participatiu fent còmplice la societat i el pacient és, doncs, necessari.

En qüestions de sostenibilitat, però, no podem oblidar que l'atenció sanitària i social ha d'assumir la responsabilitat de promoure l'autonomia personal de la població en el seu conjunt, i no només centrar-se en l'atenció a la dependència quan aquesta situació ja s'ha produït.

Col·loqui

Públic: Des del món social, la majoria de professionals som conscients de la necessitat de treballar juntament amb els professionals de la salut per donar resposta a moltes situacions, i penso que ells també en són conscients. Això ja està passant en molts casos a Osona. La dificultat la veig, però, en com dissenyar-ho, com construir-ho per fer-ho extensible a tota la població amb necessitats socials i sanitàries.

JR: Certament, quan parlem d'integració social i sanitària, és per atendre un subgrup de població amb necessitats duals, socials i sanitàries que podem identificar molt bé i que no és un grup gaire gran. Per

això, no hauria de ser excessivament complicat organitzar-nos per tal de treballar junts. No tindria cap sentit integrar-ho tot per a tothom. Decidir on enfocar l'atenció és un aspecte crític, atès que és difícil fer front a les necessitats de tots els serveis i grups d'usuaris al mateix temps.

Per exemple, tenim unes 4.000 persones amb dependència a la comarca, i també hi ha persones sense dependència reconeguda amb necessitats duals que podem identificar d'altres maneres. Les necessitats de la gent gran sovint són d'alta prioritat, perquè aquestes persones són usuàries intensives de l'atenció social i sanitària i representen una alta proporció dels costos d'atenció. En definitiva, estariem parlant d'un 4 o 5% de la població general, amb un treball escalat i progressiu.

Públic: Sovint apareix el dubte de si en tot aquest procés ajudaria el fet que hi hagués un sol departament, en el sentit de que fos més clarificador pels professionals.

JE: En tot cas, hauria de ser un procés, ja que la situació de partida en què es troben ambdós sectors és diferent, així com la seva metodologia. És raonable que el ciutadà tingui una finestra única per resoldre una sèrie de problemes que, al final, conflueixen; però, al meu entendre, no cal esperar que sigui una mateixa organització o una mateixa estructura per començar a treballar en aquesta direcció.

JR: En el debat, hem volgut focalitzar, sobretot, en aspectes que depenen del territori. En la nostra experiència, veiem que la majoria de professionals tenen moltes ganes de treballar junts, i que quan proven de codissenyar de forma conjunta la intervenció en els pacients, els resultats són millors, i més encara quan els pacients intervenen en aquest codisseny. És un procés que es retroalimenta i crea "addicció" en els professionals. Treballar d'aquesta manera dóna més valor als pacients, i és independent de si hi ha o no una sola conselleria. Podria ser un motor de canvi de la cultura dels professionals i també de les organitzacions.

També sabem, però, que la capacitat dels líders locals d'un territori per a l'acció serà molt més gran si estan recolzats per alguns canvis en les polítiques en aspectes claus, com ara canvis en el sistema de finançament de l'activitat o compartir sistemes d'informació, i en altres aspectes, com alinear els resultats de l'assistència social i sanitària pública.

Públic: Aparentment, sembla que hauria de ser simple pels professionals que atenem les persones amb necessitats socials i sanitàries posar-nos d'acord i treballar conjuntament, fer aquest codisseny de l'operativa bàsica de què parlàveu. En canvi, veig molt complexa la relació entre administracions i el possible treball conjunt entre departaments.

JE: Un exemple: el de Nova Zelanda, amb una conselleria d'atenció a les persones que engloba educació, sanitat i serveis socials. Les polítiques es defineixen, doncs, des d'una sola conselleria, però la seva execució des dels llocs específics en cada cas. Així, per exemple, sabem que molts aspectes que tenen a veure amb la cronicitat comencen a la infantesa, com l'obesitat, el sedentarisme, el tabaquisme i altres. Així doncs, teòricament, seria més fàcil en aquest cas fer polítiques molt específiques per a la infància a tenir en compte en tots els àmbits. Un altre exemple seria el cas de les desigualtats en l'expectativa de vida entre barris d'una mateixa ciutat, on l'abordatge és molt poc sanitari i calen polítiques més globals.

Són coneguts els efectes potencials positius de programes de salut pública en la prevenció de riscos per a la salut i en l'estalvi de recursos, no només sanitaris sinó també socials. Disposar d'una millor informació facilitaria tant la identificació de perfils de persones en major risc de patir problemes de salut com l'avaluació dels programes de major eficiència. Això afavoriria el suport de polítiques i intervencions de caràcter preventiu que augmentarien la rendibilitat social dels recursos invertits. Una suposada conselleria d'atenció a les persones que inclogués aquells departaments faria polítiques molt específiques en aquest sentit.

Públic: Hi ha moments crítics en l'evolució d'aquestes persones. Així, per exemple, en el moment de l'alta hospitalària, si apareix una dependència que no existia, provoca una situació difícil per a les famílies que es pot millorar molt amb un treball conjunt entre els serveis socials i sanitaris. I l'atenció centrada en la persona serveix i ens dona la pauta per treballar plegats.

JE: Estic a favor dels models d'atenció centrats en la persona. Hem de fer, però, una doble mirada: una mirada centrada en les persones i una mirada centrada en les poblacions. No han de ser incompatibles, però tenim l'obligació de pensar en els ciutadans i els pacients que

existeixen però que no han fet cap demanda, encara. Si només atenem aquells que demanden, i els atenem d'una manera excel·lent des de la perspectiva d'una atenció centrada en la persona, tenim el risc d'acabar fent molt per a molt pocs.

Públic: Quan una persona malalta amb cronicitat i dependència és tractada per diferents metges especialistes, a més del de capçalera, la família expressa, sovint, que hi ha certa disbauxa. No seria més adequat que en aquestes situacions hi hagués un sol metge de referència amb coneixements suficients?

JE: D'acord. Estem patint, però, l'èxit de la medicina dels darrers anys, que s'ha basat en l'especialització i les organitzacions sanitàries fragmentades, segurament amb un pes molt gran de l'hospital. Ara ens adonem que amb aquestes eines no podem resoldre problemes complexos. Estem en un procés de canvi que és dur i difícil, perquè cal redissenyar moltes coses. I és un canvi que afecta profundament el sistema. Atenció, però; això no vol dir que, en determinades situacions, el metge superespecialista sigui imprescindible. Ara bé, potser més que parlar d'un sol metge, s'hauria de parlar d'un equip multidisciplinari que distribuís les responsabilitats segons les circumstàncies.

JR: Ja per acabar, vull, doncs, remarcar una idea que em sembla que ha quedat prou clara al llarg de la sessió. I és que ningú posa en dubte l'argument inicial de que la fragmentació dels serveis actuals no satisfà ni les necessitats de la població de referència ni la dels professionals, i que la resposta és avançar cap a una major integració. Cal, doncs, desenvolupar noves formes de treballar, codissenyades entre tots els agents, assumint que els principals beneficis de l'atenció integrada es produeixen quan es trenquen les barreres entre els serveis socials i sanitaris, i no quan es fusionen organitzacions. Això no vol dir que els equips que treballen de forma integrada cal que estiguin en una mateixa estructura de gestió unificada, treballant junts i alineant els seus objectius.

Agraïm a tothom l'assistència a la jornada d'Osona debats.



Fundació Antiga Caixa
Manlleu