

**Consell Municipal  
de Benestar Social**

**Grup de treball  
Atenció integrada social i sanitària**

# **Estratègia per al disseny d'un model d'atenció integrada social i sanitària a la ciutat de Barcelona**

**Aportacions operatives**



## **Membres del grup de treball**

Teresa Crespo, Entitats Catalanes d'Acció Social (ECAS) i vicepresidenta del CMBS

Enric Arqués, vocal de la Junta Directiva de la Taula d'Entitats del Tercer Sector i president del Fòrum Salut Mental

Antoni M. Cervera, membre del grup de treball Envelliment del CMBS

Carme Gargallo, responsable del programa de gent gran de Càritas

Davide Malmusi, director de Salut de l'Àrea de Drets Socials

Oriol Romaní, coordinador del grup de treball Drogodependències

Natalia Rosetti, tinència de Drets Socials

Marta Solé, vocal de salut del Consell Directiu de la Federació Catalana de Voluntariat Social

Antoni Vilà, expert del CMBS

Ajuntament de Barcelona  
Àrea de Drets Socials  
Departament de Participació Social  
**Consell Municipal de Benestar Social**  
València, 344, 5è  
Tel. 93 413 26 60  
cmbs@bcn.cat  
[www.bcn.cat/consellbenestarsocial](http://www.bcn.cat/consellbenestarsocial)

Març de 2019

# Índex

Resum executiu .....	4
<b>ESTRATÈGIA PER AL DISSENY D'UN MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA A LA CIUTAT DE BARCELONA. APORTACIONS OPERATIVES .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Introducció .....</b>	<b>7</b>
<b>2. Anàlisi dels principals elements de l'atenció integrada social i sanitària (AISS) ...</b>	<b>8</b>
<b>3. Propostes operatives per al disseny de l'estratègia d'un model d'atenció integrada social i sanitària a la ciutat de Barcelona .....</b>	<b>23</b>
Fase A. Preliminar .....	23
Fase B. Procés d'integració de l'atenció de serveis socials i sanitaris .....	24
<b>4. Recomanacions i estructuració .....</b>	<b>27</b>
I. Actuacions prèvies .....	27
II. Estructuració .....	27
<b>Annex. Estratègia per a l'atenció integrada social i sanitària a Barcelona. Un document estratègic de l'Ajuntament de Barcelona .....</b>	<b>29</b>

# Resum executiu

Una de les qüestions més complexes de les polítiques socials actuals és l'atenció a les persones que precisen simultàniament atenció social i atenció sanitària d'un manera integral. Aquestes situacions s'han anat incrementant a Barcelona, a causa del procés d'envelliment principalment, però no exclusivament, ja que hi ha altres col·lectius (persones sense llar o persones que pateixen trastorns de salut mental) que igualment necessiten aquest tipus d'atencions; en total es calcula que ja hi ha un vuit per cent de la població catalana que es troba en aquesta situació.

Per fer front a aquestes situacions, l'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona va elaborar el document marc *Estratègia per a l'atenció integrada social i sanitària a Barcelona*, que es va presentar a un grup de treball del Consell Municipal de Benestar Social (CMBS). El grup va manifestar la conformitat amb les línies bàsiques del document, però va considerar que caldria donar un pas més cap a la concreció, i es va oferir a col·laborar mitjançant l'aportació d'un document esquemàtic més operatiu, sense entrar en els detalls de les accions, instruments i estratègies de l'execució, cosa que correspon a l'Ajuntament.

Per elaborar el document que es presenta es va partir d'elements de diferent naturalesa (principis, organització, recursos, instruments) del model estratègic esmentat: atenció centrada en la persona; proximitat; enfocament comunitari; informació compartida; organització i gestió; contínuum assistencial; accés als serveis i prestacions; equips interprofessionals; guies d'atenció i protocols, i planificació, qualitat i avaluació. A partir d'aquests deu eixos, es van analitzar els estudis i avaluacions existents en les experiències realitzades i es va contrastar i debatre amb l'opinió dels membres del grup fins a sintetitzar els aspectes positius i negatius, així com les propostes que realitzen els participants en les experiències. A partir d'aquests resultats es va elaborar una llista de propostes operatives adreçades a fornir l'Estratègia d'actuacions més concretes; les propostes es van ordenar en funció de si corresponien a una fase preliminar o a la fase pròpiament d'integració. Per a la fase preliminar es proposen cinc accions generals i sis actuacions referents als instruments, i per a la fase d'integració es proposen quatre accions bàsiques i tretze d'instrumentals. En total es presenten 28 mesures.

El document finalitza amb unes recomanacions per a la posada en pràctica de l'Estratègia. S'hi recullen les actuacions prèvies que es consideren necessàries per iniciar el projecte: la formalització d'un acord entre les entitats competents, la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, que hauria d'aprofitar la feina feta i la dinàmica de treball de la Taula per a l'atenció integral social i sanitària. La segona proposta es refereix a la integració en l'esmentada Taula d'algun representant del Tercer Sector, que podria ser un membre del CMBS.

D'altra banda, es recomana estructurar les actuacions que cal emprendre al voltant de tres elements clau:

a) Mapa d'integració de serveis socials i sanitaris. En aquest cas s'entén el concepte "mapa" en un sentit ampli, que a més dels elements territorials (unificació de les divisions territorials i actualització i unificació dels mapes de recursos) inclogui l'anàlisi dels recursos materials, humans, legals i financers, l'estudi de necessitats, l'avaluació de la situació actual i l'anàlisi de la legislació bàsica i competencial.

b) Pla estratègic d'atenció integrada social i sanitària, que inclogui la planificació estratègica elaborada a partir dels resultats del mapa esmentat en l'apartat anterior. Aquest Pla hauria de recollir almenys els següents elements:

- Revisió i adaptació del contingut i la gestió de la cartera de serveis socials i sanitaris.
- Redistribució dels recursos dels dos sistemes (disseny de la xarxa integrada de recursos).
- Tenir en compte els recursos i plantejaments comunitaris en els drets socials bàsics (serveis socials, salut i educació).
- Estendre i perfeccionar el sistema compartit d'informació social i sanitària.
- Concretar: espais a compartir; processos de valoració unificats; porta d'entrada integrada; protocol de gestió de l'alta hospitalària conjunt; dispositiu i procediment específic per a les actuacions d'urgència, etc.
- Identificar i proposar reformes legislatives necessàries per aplicar el model.
- Concretar l'avaluació, la qualitat i la rendició de comptes.

c) Plans pilots d'integració social i sanitària. Tot i que figura en darrer lloc, per seguir la lògica de les actuacions, es considera que –paral·lelament a la redacció del Pla estratègic–, caldria garantir la continuïtat dels plans pilot sobre experiències concretes que ja s'estan realitzant i incorporar-ne d'altres que incloguin la integració de serveis, processos i l'organització dels serveis. Tots aquests plans pilot facilitaran informació i experiència al llarg del procés de redacció del Pla estratègic.

Aquests espais experimentals es podrien ampliar amb la realització d'activitats de formació i capacitació conjunta dels professionals d'ambdós sistemes, la creació d'espais d'ètica de les intervencions o el disseny de noves guies i protocols conjunts.

# **ESTRATÈGIA PER AL DISSENY D'UN MODEL D'ATENCIÓ INTEGRADA SOCIAL I SANITÀRIA A LA CIUTAT DE BARCELONA. APORTACIONS OPERATIVES**

# 1. Introducció

L'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona va elaborar el document estratègic *Estratègia per a l'atenció integrada social i sanitària a Barcelona*, presentat el 26 de maig de 2017 a la comissió de treball del Consell de Benestar Social (CMBS). S'adjunta com a annex.

Els membres de l'esmentada comissió de treball, compost per membres del CMBS amb la col·laboració de diferents professionals de l'àmbit social i sanitari, van manifestar la seva conformitat amb les línies bàsiques del document, però consideraven que caldria una major concreció que permetés facilitar els elements estratègics necessaris per a la seva implementació. Per això, la comissió es va oferir per elaborar una proposta que significués un pas més en aquesta direcció, però sense entrar en els detalls de les accions, instruments i estratègies de l'execució, que corresponen a l'Ajuntament. Es tracta, per tant, d'una proposta esquemàtica que es lliura a la consideració de la segona tinenta d'Alcaldia i responsable de l'Àrea de Drets Socials com a aportació als treballs que es realitzen sobre aquesta qüestió a Barcelona.

Per iniciar el treball es van seleccionar 10 elements (principis, recursos i instruments) del model, extrets de l'esmentat document *Estratègia per a l'atenció integrada social i sanitària a Barcelona*:

1. Atenció centrada en la persona
2. Proximitat
3. Enfocament comunitari
4. Informació compartida
5. Organització i gestió
6. Contínuum assistencial
7. Accés als serveis i prestacions
8. Equips interprofessionals
9. Guies d'atenció i protocols
10. Planificació, qualitat i avaluació

A continuació es van analitzar diferents documents referents a experiències realitzades per tal de poder conèixer com en valoraven l'aplicació (aspectes positius i negatius) i quines propostes plantejaven. Els membres de la comissió de treball van debatre i completar aquest document inicial i en van extreure propostes més operatives (vegeu l'apartat 2).

A partir d'aquests treballs s'ha elaborat una llista de **propostes operatives adreçades a contribuir a fornir l'Estratègia** del model d'atenció integrada social i sanitària a Barcelona (vegeu l'apartat 3).

## 2. Anàlisi dels principals elements de l'atenció integrada social i sanitària (AISS)

### 10 elements del model

(principis, recursos i instruments)

### Qüestions + Avantatges / - Dificultats

(a partir de les experiències)

#### 1. Atenció centrada en la persona (ACP)

- Posa la persona en el centre.
  - Parteix del respecte
    - a la seva dignitat i drets
    - als seus interessos i preferències
  - Implica la seva participació activa (apoderament).
  - Promou la millora de la qualitat de vida i el benestar de la persona.
- + Permet donar respostes més personalitzades.
  - + Genera més coneixement i comprensió de la persona i dona una visió més global (no fragmentada).
  - + Canvi d'enfocament: dels serveis (proveïdors) a la persona.
  - + Facilita l'apoderament de la persona.
  - + Permet practicar una acció més preventiva per a cada individu.
  - + Potencia noves iniciatives: el pacient i el cuidador expert, etc.
  - + El model ACP pot afavorir l'atenció a persones vulnerables i amb dificultats.
  - El model tradicional (centrat en els serveis) no permet aplicar l'ACP sense canvis profunds.
  - Els reglaments rígids i minuciosos actuals dificulten l'aplicació del model d'ACP.
  - Debat sobre la Llei catalana d'autonomia personal.
  - Alguns dels col·lectius, com ara els malalts mentals o les persones drogodependents, són especialment vulnerables, amb un estigma molt marcat que cal tenir en compte en l'aplicació del model.



## Propostes generals

- Redissenyar els serveis i accions d'acord amb el nou model: organització, condicions de treball (funcions, horaris, etc. dels professionals), estructura, procediments, etc.
- Dissenyar respostes flexibles que permetin l'atenció personalitzada.
- Establir responsabilitats compartides (persona, família (home i dona), comunitat, poders públics).
- L'atenció ha de ser integral, eficaç i sostenible.
- Responsabilitzar els poders públics com a garants de la dignitat i la qualitat de vida de la persona.
- Concretar el dret d'elecció de la persona a partir de l'equilibri entre el seu dret a l'autonomia, les seves necessitats i interessos i les possibilitats reals, i la sostenibilitat.

## Propostes operatives

- **Avaluar, amb els indicadors existents, la situació dels serveis socials i sanitaris actuals amb relació al model ACP (diagnòstic de la situació).**
- **Promoure reformes legislatives, especialment dels reglaments, per facilitar l'aplicació del model.**
- **Revisar i fer una proposta d'adaptació de la cartera de serveis des de la visió de l'ACP, que exigeix que sigui àmplia i variada, flexible, compartida, i de qualitat, com ja ho tendeixen a ser els "centres de baixa exigència" (SAPS, etc.) de la xarxa de drogodependències.**
- **Aprofitar la nova estructuració dels serveis socials bàsics (Projecte Impulsem) per incloure el model entre els canvis necessaris, en el context d'una descentralització.**
- **Apoderar les persones a través d'iniciatives com el pacient o el cuidador expert, etc.**

## 10 elements del model

(principis, recursos i instruments)

## Qüestions + Avantatges / - Dificultats

(a partir de les experiències)

### 2. Proximitat

- Principi pel qual qui ha de prendre una decisió (entitat, òrgan o equip) ha d'estar tant a prop com sigui possible del ciutadà afectat per aquesta decisió.
  - A la pràctica requereix una lògica territorial, per tal d'atendre les persones allà on desenvolupen la seva vida (barri, districte).
- + Facilita l'accessibilitat als serveis.
  - + Permet adoptar decisions més flexibles i àgils.
  - + S'optimitzen els recursos humans i econòmics.
  - + Evita les duplicitats.
  - + El projecte Impulsem és un bon instrument per optimitzar la proximitat.
- El sistema actual general mostra una tendència centralitzada amb poca capacitat de decisió als territoris.
  - També té el perill de generar inequitats territorials.

### 3. Enfocament comunitari

- Acció comunitària: treballar objectius col·lectius de manera col·lectiva i millorar i enfortir les capacitats de les persones i les organitzacions participants.
  - Els dispositius de base comunitària han de tenir un caràcter central.
  - S'ha de recuperar el paradigma de la cura i del suport mutu del nivell comunitari.
- + Permet millorar la implicació i la corresponsabilitat dels ciutadans.
  - + Reforça el paper de les entitats del Tercer Sector, del voluntariat, del veïnat, de l'amistat, etc.
  - + Potencia el paper dels comerços del barri (farmàcies, forns, etc.) i entitats i equipaments (socials, culturals, esportius, etc.).
- Dificulta l'enfocament per una certa desconfiança en determinats aspectes entre el sector públic i el social.
  - El model tradicional que domina té poc en compte el treball comunitari.

## Propostes generals

- Planificar a partir de la lògica territorial i de la descentralització (model focalitzat en l'àmbit local).
- Actuar d'acord amb el principi de subsidiarietat (que actui la instància més propera sempre que ho pugui fer amb eficiència).
- Reforç dels ens locals en aquestes matèries (competències / responsabilitats; recursos).
- Centralitzar la definició dels objectius generals (què) i deixar la implementació descentralitzada als governs locals (com) (Mètode Obert de Coordinació).
- Potenciar i coordinar l'atenció del nivell primari de sanitat i de serveis socials.

## Propostes operatives

- **Impulsar la realització d'estudis per a la unificació dels territoris de les àrees bàsiques socials i sanitàries.**
- **Elaborar una proposta dels recursos humans, materials i financers necessaris en el territori.**

- Enfortir les relacions i la confiança i oferir transparència pública i social.
- Cal potenciar el paper del Tercer Sector i del voluntariat, especialment el local, i del veïnat i la ciutadania en la detecció de necessitats i la seva resolució.
- Establir la participació normalitzada i habitual de la societat, incloent-hi els infants i adolescents, en les diferents fases de la planificació (diagnòstic, priorització, producció, avaluació).
- La implicació de la comunitat ha d'incloure també la capacitat de decidir.

- **Elaborar la planificació a partir de plantejaments comunitaris (per exemple, Radars), especialment pel que fa als drets bàsics (salut, serveis socials, educació).**
- **Crear espais i instruments de coproducció (públic-social) de polítiques sociosanitàries, a través de consells i comitès de participació amb incidència en la presa de decisions.**
- **Fer sessions periòdiques i obertes de rendició de comptes (transparència).**

### 4. Informació compartida

- Sistemes d'informació: dades compartides entre el sistema de serveis socials i el sistema de salut.
  - De l'intercanvi d'informació a la connectivitat dels sistemes, inclou els processos següents:
    - tècnic
    - tecnològic
    - legal
- + El model fomenta l'acord, el consens i els objectius comuns.
  - + Per compartir la informació cal l'acord per a la unificació terminològica.
  - + Requereix un respecte a la protecció i tractament de les dades personals.
  - La informació, les dades i els sistemes operatius actuals estan molt dispersos i descoordinats, especialment en el sector social.

### 5. Organització i gestió

- Inclou els aspectes institucionals, organitzatius, de gestió i de finançament.
- + L'organització de l'AISS permet detectar millor les necessitats dels ciutadans i millorar i rendibilitzar els recursos.
  - + S'han desenvolupat molts plans pilot i experiències integrades socials i sanitàries que s'han avaluat i que aporten coneixement.
  - + En alguns àmbits, com el de les drogues, la idea de la integració forma part de la seva cultura professional.
  - La implantació del model sovint depèn del voluntarisme dels professionals, sense suport institucional i legal.
  - Hi ha una manca de directrius clares i objectius comuns entre tots els agents implicats (departaments, ajuntaments, proveïdors de serveis, entitats del Tercer Sector, etc.).
  - Les estructures i els processos no estan adaptats per fer front a les necessitats socials i sanitàries actuals de la població.
  - Algunes integracions, com la de l'àmbit de la drogoaddicció a la xarxa de salut mental, pot fer perdre la complexitat en l'abordatge.

## Propostes generals

- És indispensable disposar d'un sistema d'informació sanitari i social compartit.
- S'ha de garantir la interoperabilitat dels sistemes d'informació social i sanitari.
- L'estratègia compartida exigeix la vinculació i encaix amb el Consorci de l'Administració Oberta de Catalunya.
- La persona hauria d'autoritzar la informació que es pot compartir.

## Propostes operatives

- **Avaluar, perfeccionar i estendre el sistema d'informació sanitària i social compartit, a partir de l'experiència de l'Ajuntament de Barcelona en els barris Nova Esquerra de l'Eixample i Besòs.**
- **Establir un vocabulari bàsic acordat.**
- **La persona hauria d'autoritzar el traspàs de la seva informació entre els dos sistemes.**

- El sector públic i les entitats han d'establir directrius i objectius clars.
- Cal coordinar-se d'una manera més formal i sistematitzada.
- S'ha d'aprofitar el llegat dels plans pilot i de les bones pràctiques.
- Compartir espais (físics o virtuals) col·laboratius.
- Transposició de les polítiques europees referents al paper públic-social i als desinternaments.
- Cal dissenyar una organització i gestió molt flexible i àgil per adaptar-se a les necessitats creixents i canviants i a les decisions de les persones.
- Els dos sistemes han de compartir els procediments i les valoracions.
- S'ha d'establir un sistema de suports i acompanyaments per a les persones amb dificultats per exercir el dret a l'autonomia.
- L'exercici del dret a l'autonomia ha de comportar l'assumpció de cert nivell de risc calculat i de responsabilitats.
- Cal tenir molt en compte la família, els cuidadors i els professionals en tots els programes.

- **Establir un Acord estratègic de ciutat per a l'atenció integrada social i sanitària a Barcelona, amb la participació de totes les instàncies públiques, entitats representats dels col·lectius, Tercer Sector, col·legis professionals, entitats mercantils.**
- **Aprovar un Pla estratègic d'atenció integrada social i sanitària amb objectius i línies d'actuació precisos, un pressupost específic i un calendari d'implantació. En l'elaboració hi ha d'haver una àmplia i activa participació ciutadana, a través d'entitats i de forma directa.**
- **El Pla estratègic s'hauria de fonamentar en el Mapa de recursos i de serveis socials i socio-sanitaris de la ciutat.**
- **Establir un conveni de col·laboració entre l'Ajuntament de Barcelona (consorcis) i la Generalitat de Catalunya (departaments de Salut i de Benestar i Família) que permeti fer efectiu el model a la ciutat (acord i pla estratègic).**

**5. Organització i gestió** (continuació)

- En les experiències s'aprecia heterogeneïtat de models de governança i d'organització.
- Existeixen excessius nivells d'administració i divisions territorials diverses que dificulten greument l'organització i la gestió.
- S'observa una heterogeneïtat de proveïdors (públics, socials, mercantils, etc.) amb diversitat d'interessos.
- Existeix una gran pressió de la demanda.
- Les dificultats per accedir a serveis fa que dones de la família s'hagin de fer càrrec de l'atenció (feminització de les cures).
- S'observen duplicitats i incoherències derivades de la diversitat de les valoracions.
- Manca de racionalització i de coordinació entre els serveis d'atenció domiciliària (PADES, atenció domiciliària, dependència, serveis socials, etc.).
- El desequilibri dels drets entre el sistema de serveis socials i sanitari genera pressions a salut i planteja qüestions d'eficiència i d'equitat.
- Es percep una problemàtica de l'externalització de serveis no ben resolta.
- S'observen diferents debats a l'entorn de:
  - Integració (institucional, funcional, etc.) vs. coordinació dels serveis socials i sanitaris.
  - La necessitat d'una autoritat única i de pressupostos unificats.
  - El pagament de les despeses d'hostaleria (menjar, rentar roba, etc.) per part dels usuaris i les seves famílies.
  - La creació d'un departament que fusioni sanitat i benestar social.
  - La confusió entre públic i institucional.

## Propostes generals

- S'ha de determinar la intensitat de la coordinació/integració i racionalització dels nombrosos equipaments i serveis que el configuren.
- Visió conjunta social i sanitària i integral dels problemes i les solucions.
- En l'organització s'ha de tenir en compte els altres sectors propers: educació, treball, habitatge, etc.
- És imprescindible la reordenació i racionalització territorial (unificació de les divisions).
- Cal unificar les lògiques, els criteris i els llenguatges de les carteres de serveis que avui segueixen lògiques diferents.
- Dissenyar un model d'atenció integrat simple i fàcilment comprensible.
- Incrementar la dotació de recursos públics, més ajustada a la capacitat econòmica de Catalunya.
- S'han d'estudiar fórmules de finançament de capitació de base territorial i/o relacionades amb objectius de salut i benestar.
- Cal avançar en la integració de la provisió i del finançament (trencar els compartiments estancs).
- S'ha de reequilibrar el copagament del sistema de serveis socials cap a les fórmules del sistema sanitari.
- Impulsar un flux de recursos vertical i un d'horitzontal en funció del model que s'adopti i de la distribució competencial.
- S'han de millorar els criteris d'externalització: transparència, a partir de criteris basats en la qualitat del servei i en l'evidència sobre l'eficàcia i l'eficiència, per evitar que no suposi un deteriorament del servei.
- Procés d'equiparació dels convenis laborals: salari, estabilitat en el lloc de treball, etc.

## Propostes operatives

- **Els instruments anteriors haurien de concretar els aspectes següents:**
  - a) Determinar els espais (físics i virtuals) socials i de salut a compartir.**
  - b) Crear un sol procés de valoració de les situacions que requereixen atenció social i sanitària amb òrgans, sistemes de valoració i resolucions conjuntes.**
  - c) Coordinar i/o integrar determinats serveis de les carteres de serveis social i sanitària.**
  - d) Disposar d'una porta d'entrada integrada: una finestra, o diverses (per exemple, CAP o SSB) amb una resposta única.**
  - e) Establir "àrees territorials d'AISS" comunes a ambdós àmbits.**
  - f) Iniciar un procés cap a un model equilibrat dels sistemes social i sanitari (fortalesa dels drets, compensació de recursos, equiparació de condicions laborals i salarials, copagaments, etc.).**
  - g) Els directius haurien de participar i liderar els canvis organitzatius.**
  - h) Augmentar la dotació dels recursos humans, materials i financers necessaris dedicats a l'atenció social i sanitària de la ciutat.**
  - i) Redistribuir els recursos en funció de la reorganització que exigeixi el nou model que s'estableixi.**
  - j) Modificar el sistema de contractació i de finançament de les entitats del Tercer Sector col·laboradores dels serveis socials.**
  - k) Elaborar un estudi, a partir de la valoració actual de les condicions laborals i de les necessitats, que tingui en compte els costos i beneficis que tindria l'equiparació de les condicions laborals dels professionals d'ambdós sectors per a una futura aplicació.**

**6. Contínuum assistencial**

- Manteniment de l'atenció prestada a una persona, que es basa en la coordinació entre els diferents serveis socials i sanitaris i en la coherència de les seves actuacions al llarg del temps.
- + L'opció d'integració de l'AISS facilita l'establiment de mecanismes de coordinació que garanteixin la continuïtat assistencial.
- La fragmentació actual dificulta la continuïtat de l'atenció i encareix el servei.
- Es detecten dificultats en la continuïtat assistencial derivades de la gestió de l'alta hospitalària.

**7. Accés als serveis i prestacions (no duplicar)**

- És la manera i la possibilitat d'una persona o d'un grup d'accedir a determinats serveis i prestacions (serveis socials i sanitaris).
- + L'atenció integrada facilita l'accés als serveis i prestacions d'ambdós sistemes.
- + S'optimitzen els recursos i s'eviten duplicitats.
- + Agilitzen els processos i permeten flexibilitzar els serveis (millora l'eficiència).
- El sistema actual fragmentat dificulta l'accessibilitat i duplica els tràmits.
- S'aprecien dificultats per resoldre els casos urgents.
- El desequilibri entre els drets del sistema sanitari i el de serveis socials genera pressió per a l'accés als serveis sanitaris.
- Els serveis socials s'han implicat poc en l'atenció de la població drogodependent, que normalment no diuen si són consumidors per por a ser exclosos de les ajudes i serveis.
- Les persones exconsumidores que han envellit i pateixen deteriorament cognitiu i malalties greus sovint no arriben als recursos o no compleixen els requisits.
- S'aprecia un nivell d'accés als serveis socials i als serveis sanitaris diferent.



## Propostes generals

- Garantir la continuïtat de l'atenció, en els dos nivells:
  - serveis socials —> sanitaris
  - atenció primària —> especialitzada (salut mental)

## Propostes operatives

- **Determinar els serveis susceptibles d'integrar la cartera de serveis socials i sanitaris compartida i establir els criteris de prescripció i accés.**
- **Acordar un protocol conjunt de gestió de l'alta hospitalària que inclogui els recursos socials i sanitaris.**

- S'ha d'establir una entrada a l'AISS única, a través de diferents finestres i amb una resposta unificada.
- Cal unificar procediments i sistemes d'admissions als serveis.
- S'han d'evitar duplicitats, especialment en atenció primària, atenció domiciliària i diürna i serveis residencials.
- Cal resoldre els casos d'urgència a través de procediments específics.
- S'ha de millorar el dret d'accés als serveis socials (prestacions garantides i copagament) i equiparar-lo als sanitaris.

- **Establir una cartera integrada de serveis socials i sanitaris, amb requisits i procediments que permetin la gestió d'algunes prestacions compartides.**
- **Elaborar un Mapa de serveis d'AISS que inclogui també salut mental.**
- **Regular un dispositiu i un procediment específic per a les situacions d'urgència sociosanitària.**
- **Establir en els serveis socials bàsics recursos específics adequats a determinats col·lectius, com el de persones drogodependents.**
- **Igualar el dret d'accés als serveis socials i als sanitaris.**

### 8. Equips interprofessionals

- Es refereix a equips els membres dels quals tenen professions diferents però treballen conjuntament amb objectius compartits.
  - + El treball conjunt permet l'abordatge més integral i eficient.
  - + Reforça la seguretat i millora la qualitat de les intervencions.
  - + El fet de compartir el mateix espai facilita el treball i la col·laboració.
  - + Permet fer programes personalitzats conjuntament.
  - + Bona experiència del professional de referència de la xarxa de salut mental (PSI), basat en la tècnica de gestió de casos.
- Existeixen diferències salarials i de condicions de treball importants entre el sistema de salut i el de serveis socials.
- S'observa una diversitat de professionals de referència/enllaç i de gestors de cas i una manca de definició de les funcions.
- S'aprecia la possibilitat de duplicitat de tasques entre el treballador social del sistema de salut i el de serveis socials.
- S'observa la resistència d'alguns professionals al canvi.
- Dificulten la implantació del model els perfils i lògiques professionals diferents en els dos sistemes.

## Propostes generals

- Cal racionalitzar i regular els professionals de referència i els gestors de casos.
- S'ha de decidir sobre el manteniment o no del treball social en el nivell de primària dels dos sistemes o s'opta per prestar aquesta funció a salut des de serveis socials bàsics.
- Cal capacitar els professionals en el nou model.
- S'ha d'unificar el llenguatge professional.
- S'ha de potenciar el treball en equip i prendre decisions compartides.
- Establir una cultura de col·laboració i cooperació professional.
- Cal modificar les cultures professionals, guanyar en polivalència, compartint lideratges i projectes.
- S'ha d'incentivar la capacitat professional i introduir incentius a la innovació i al treball ben fet.

## Propostes operatives

- **Valorar les tasques de treball social que intervindrien en l'AISS i definir-ne clarament les funcions.**
- **Unificar els barems de valoració i regular els equips interdisciplinaris de valoració i orientació i les seves funcions.**
- **Redissenyar les plantilles de professionals dels equips d'AISS per ajustar-los al nou model.**
- **Estudiar les necessitats i perfils de nous professionals.**
- **Pla de formació conjunt als professionals socials i sanitaris.**
- **Potenciar la figura del gestor de cas per a situacions d'alta complexitat o risc social. (Aquesta funció tant la podrien assumir professionals de serveis socials com de sanitat).**

## 10 elements del model

(principis, recursos i instruments)

## Qüestions + Avantatges / - Dificultats

(a partir de les experiències)

### 9. Guies d'atenció i protocols

- Guia: es basa en el coneixement que hi ha en una organització i pot ser utilitzada per qui la necessiti per tal d'actuar de manera adequada en cada moment.
  - Protocol: és el pla precís i detallat per a l'estudi d'un problema o per a la intervenció, i està elaborat i consensuat entre tots els agents implicats.
- + Són instruments necessaris i útils per a la integració de l'atenció social i sanitària.
  - Són escassos encara les guies i els protocols integrats.
  - Amb la integració s'incrementen les qüestions ètiques que sorgeixen, especialment en l'àmbit de la intervenció social.

### 10. Planificació, qualitat i avaluació

- Planificació estratègica: procés consistent a establir els objectius d'una organització, les polítiques i les actuacions previstes per assolir-los en un termini determinat, i els sistemes i instruments de control corresponents.
  - Qualitat: conjunt de característiques d'un producte o un servei que li confereixen l'aptitud de satisfer de manera contínua les necessitats i les previsions dels usuaris.
  - Avaluació: procés sistemàtic, planificat i rigorós d'informació que permet emetre un judici de valor i prendre decisions per a la millora d'un procés, un programa, una organització, etc.
- + Els instruments de planificació i avaluació, així com els sistemes de qualitat, permeten augmentar l'eficiència de la intervenció, la seguretat dels professionals i la millora contínua dels serveis.
  - + Augmenten la transparència i la legitimitat dels sistemes.
  - + Millora el grau de satisfacció dels usuaris.
  - La manca de directrius clares i d'objectius comuns no consensuats dificulten la integració.
  - S'avalua poc, i sense avaluació és difícil avançar.

## Propostes generals

- Cal fomentar la cultura de l'elaboració d'instruments acordats conjuntament.
- S'han d'establir espais de reflexió ètica conjunts.
- S'han d'elaborar protocols de gestió de l'alta hospitalària consensuadament per tal de garantir el contínuum assistencial.

- S'ha d'elaborar conjuntament (sistema de serveis socials i sistema sanitari) una planificació per a la implantació de la integració de l'atenció social i sanitària, amb objectius comuns (què) i amb marge per a l'aplicació a cada territori (districte, barri) (com).
- Cal determinar les etapes de la implementació.
- S'han d'establir sistemes senzills i rutinaris de recollida de dades quantitatives i qualitatives per a l'avaluació dels processos i dels resultats.
- L'avaluació s'ha de fer a través d'organitzacions independents i ha d'incorporar l'opinió dels usuaris dels serveis, els familiars i la ciutadania. Els resultats han de ser públics.

## Propostes operatives

- **Elaborar guies i protocols que concretin les accions i intervencions sociosanitàries, a partir de la normativa i del pla estratègic (caldrà la revisió periòdica).**
- **Garantir el contínuum assistencial mitjançant el consens de protocols de gestió de l'alta hospitalària amb validesa a tot el territori.**
- **Creació de comitès o espais de reflexió ètica, coordinats pel Comitè d'Ètica dels Serveis Socials i pel Comitè de Bioètica de Catalunya.**

- **Disseny i realització d'un programa pilot d'AISS en dos districtes de Barcelona.**
- **Elaborar el Pla estratègic d'AISS de Barcelona i amb un mirada metropolitana, per al qual hi hagi gran participació i que sigui aprovat conjuntament pels dos sistemes i les entitats implicades.**
- **Establir una autoritat única conjunta (serveis socials i sanitaris) a cada territori per a la implementació del pla, amb una àmplia participació ciutadana (persones afectades, familiars, professionals, Tercer Sector, proveïdors, etc.).**
- **Dissenyar la xarxa d'equipaments, centres i serveis socials i sanitaris integrats (cartera de serveis i mapa d'AISS) a partir dels recursos existents.**
- **Establir criteris i instruments per a l'avaluació de la qualitat.**
- **Aprovar un sistema anual d'avaluació, indicadors mesurables, i de rendiment de comptes.**

## Documents de referència

- Ajuntament de Barcelona (2018). *Estratègia sobre canvi demogràfic i envelliment*, consultable a: <http://ajuntament.barcelona.cat/premsa/wp-content/uploads/2018/07/estenvelliment.pdf>
- Ajuntament de Barcelona. *Mapa d'actius en salut de Barcelona*, consultable a <http://mapadactiusensalut.barcelona/>
- Canal, R. i Vilà, T. (2015). *Cap a una acció integrada social i sanitària. Per un model centrat en les persones*. Barcelona. Taula del Tercer Sector.
- Generalitat de Catalunya. Documents del model català d'atenció integrada social i sanitària, consultables a: [http://presidencia.gencat.cat/ca/el\\_departament/plans\\_sectorials\\_i\\_interdepartamentals/PIAISS/docs\\_model\\_catala\\_PIAISS/](http://presidencia.gencat.cat/ca/el_departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs_model_catala_PIAISS/)
- Martínez, T. (2016) *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*.
- Rebollo, O. i Morales, E. Potencialitats i límits de l'acció comunitària com a estratègia empoderadora en el context de crisi actual. *Revista de Treball Social*, núm. 203, desembre de 2014.
- Rodríguez, P. (2017) *La atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Solanes, P. (2017) *Interacció social i sociosanitària*. Materials del Màster d'Atenció Integral i Centrada en la Persona. Universitat de Vic i Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Solanes, P. (2017) *Compartiendo la historia clínica y social para avanzar hacia la integración social y sanitaria*. Materials del Màster d'Atenció Integral i Centrada en la Persona. Universitat de Vic i Fundación Pilares para la Autonomia Personal.
- TERMCAT: <http://www.termcat.cat/>

# 3. Propostes operatives per al disseny de l'estratègia d'un model d'atenció integrada social i sanitària a la ciutat de Barcelona

Als efectes de presentar la proposta, s'ha estructurat cronològicament en dues fases (preliminar i d'integració) i operativament es distingeix entre les accions que la comissió considera que caldria emprendre i les activitats de caràcter més instrumental. A la pràctica, moltes de les aportacions són de difícil catalogació i afecten més d'una fase o acció.

## Fase A. Preliminar

### I. Accions

- 1. Informació compartida social i sanitària.** Avaluar, perfeccionar i estendre a tota la ciutat el sistema d'informació sanitària i social compartit, a partir de l'experiència de l'Ajuntament de Barcelona en els barris Nova Esquerra de l'Eixample i Besòs.
- 2. Implantació del model d'atenció centrada en la persona (ACP).** Avaluar, amb la informació i els indicadors disponibles, la situació dels serveis socials i sanitaris actuals en relació amb el model ACP (diagnòstic de la situació).
- 3. Cartera de serveis socials i cartera de serveis sanitaris.** Revisar i fer una proposta experimental d'adaptació de les carteres de serveis per tal de detectar el grau de la cobertura de l'AISS, la flexibilitat de les prestacions, els circuits i procediments en relació amb la continuïtat assistencial i les possibilitats de gestió conjunta d'algunes prestacions.
- 4. Projecte Impulsem.** Aprofitar aquest projecte, que pretén reforçar la xarxa de serveis socials bàsics i l'enfocament comunitari, per introduir la proposta d'integració social i sanitària.
- 5. Pla pilot d'integració de l'AISS.** Dissenyar un pla pilot per realitzar en dos districtes, que podrien ser els mateixos on s'ha implantat la informació compartida. El pla seria global per a tots els centres i serveis socials i sanitaris que atenguessin persones amb problemàtica social i sanitària. Aquesta experiència podria estar liderada per una autoritat única conjunta (serveis socials i sanitaris) a cada territori i caldria una àmplia participació ciutadana (persones afectades, familiars, professionals, Tercer Sector, proveïdors, etc.).

## II. Actuacions instrumentals

- 1. Mapa de recursos socials i sanitaris.** Integrar els mapes de recursos socials i sanitaris que podrien formar part de l'AISS. Haurien d'incloure els centres i serveis; els recursos comunitaris; els recursos humans, incloent-hi les relacions informals i l'acció voluntària; els recursos financers, etc.
- 2. Unificació de divisions territorials.** Realització d'estudis per fer coincidir les divisions territorials, especialment dels territoris de les àrees bàsiques socials i d'atenció primària sanitària.
- 3. Reformes legislatives.** Promoure reformes legislatives per tal de possibilitar l'AISS i l'aplicació del model d'ACP.
- 4. Pla de formació.** Establir un pla inicial de formació conjunt adreçat als professionals, voluntaris i altres agents que hi puguin col·laborar que treballen en els serveis socials i en els sanitaris.
- 5. Protocols.** Promoure protocols conjunts en l'àmbit social i sanitari a nivell primari, d'atenció domiciliària, de gestió de l'alta hospitalària, etc. comuns a la ciutat.
- 6. Urgències d'AISS.** Estudiar un procés conjunt per a la gestió integrada de les urgències socials i sanitàries.

## Fase B. Procés d'integració de l'atenció de serveis socials i sanitaris

### I. Accions

- 1. Acord estratègic de ciutat.** Debatre i establir un Acord estratègic de ciutat per a l'AISS a Barcelona, amb la participació de totes les instàncies públiques, entitats representants dels col·lectius afectats, de les entitats del Tercer Sector, col·legis professionals, entitats mercantils i ciutadania en general.
- 2. Pla estratègic d'AISS.** Impulsar des de l'Ajuntament de Barcelona i els departaments competents en matèria de sanitat i de serveis socials de la Generalitat l'elaboració d'un Pla estratègic d'AISS amb objectius i línies d'actuació precisos, un pressupost específic i un calendari d'implantació. En l'elaboració hi ha d'haver una participació ciutadana àmplia i activa, ja sigui directament o a través d'entitats, afavorint la participació dels infants i adolescents usuaris d'aquests serveis. Aquest pla hauria de tenir en compte el Mapa de recursos i de serveis socials i sanitaris de la ciutat i les xarxes d'equipaments i serveis, a partir de plantejaments comunitaris (per exemple, Radars).



- 3. Cartera de serveis d'AISS.** Elaborar una proposta referent al contingut de les carteres de serveis socials i de sanitat en relació amb els serveis i prestacions que afecten les persones que tenen simultàniament problemes socials i sanitaris. Aquestes carteres haurien de regular els serveis d'aquest tipus –establint els criteris i requisits d'accés i els procediments– i contemplar la possibilitat de gestió conjunta d'algunes prestacions i serveis.
- 4. Conveni de col·laboració.** Per tal d'afrontar les qüestions competencials derivades de la integració i/o coordinació de serveis i la distribució de funcions que se'n deriven, es proposa establir un conveni de col·laboració entre l'Ajuntament de Barcelona i la Generalitat de Catalunya que concreti les condicions de la integració/coordinació que s'estableixin de mutu acord i les fórmules de delegació de competències.

## II. Actuacions instrumentals

- 1. Determinar “àrees territorials d'AISS” comunes als dos sistemes.** És difícil integrar o coordinar accions en el territori si no coincideixen les divisions administratives dels dos sistemes. És necessari, per tant, crear les esmentades àrees d'intervenció.
- 2. Equilibri del dret als serveis socials i als sanitaris.** S'ha d'iniciar un procés vers un model equilibrat dels sistemes social i sanitari (fortalesa dels drets, compensació de recursos, equiparació de condicions laborals i salarials, copagaments, etc.).
- 3. Unificació de la valoració.** S'haurien de modificar i redefinir les funcions socials i sanitàries i unificar els criteris de valoració de les situacions que requereixen simultàniament d'atenció social i sanitària amb sistemes de valoració i resolucions conjuntes i amb òrgans de valoració coordinats.
- 4. Accés als serveis.** S'hauria de disposar d'una porta d'entrada integrada a l'AISS: una finestra o diverses (per exemple, CAP o SSB) però amb processos i criteris unificats i respostes conjuntes, per tal d'evitar duplicitats.
- 5. Qüestions ètiques.** Atès l'increment de les qüestions ètiques que es plantegen, sembla aconsellable l'ampliació de comitès o espais de reflexió ètica, coordinats pel Comitè d'Ètica dels Serveis Socials i pel Comitè de Bioètica de Catalunya.
- 6. Participació.** Es proposa l'ampliació dels espais i instruments de coproducció (públic-social) de polítiques integrades d'atenció social i sanitària, a través de consells i comitès de participació, amb incidència en la presa de decisions. En aquests òrgans participatius hi hauria de tenir presència la ciutadania de qualsevol edat i situació, incloent-hi els infants i adolescents i la gent gran en situació de dependència.

- 7. Recursos humans.** La integració que es proposa requereix l'increment de les dotacions actuals i el redisseny de les plantilles de professionals dels equips dels serveis socials i sanitaris que s'integrin per ajustar-los al nou model. També caldria, abans de fer la integració, valorar les funcions del treball social dels àmbits dels serveis socials i sanitaris. I, finalment, seria necessari definir i potenciar la figura del gestor de cas per a situacions d'alta complexitat o risc social (aquesta funció, segons el cas, tant la podrien assumir professionals de serveis socials com de sanitat).
- 8. Formació.** Per a la implantació de la integració és imprescindible l'aplicació d'un Pla de formació conjunt per als professionals sanitaris i de serveis socials, voluntaris i altres col·laboradors.
- 9. Finançament.** El nou model requereix reflexionar sobre el finançament, que precisa d'un increment de la dotació i d'una distribució dels recursos professionals, de la cartera de serveis, dels espais i econòmics, d'acord amb el nou model que es vulgui implantar. Atès que una de les qüestions econòmiques importants és la integració dels recursos humans dels serveis socials i sanitaris, caldria elaborar un estudi sobre els costos i beneficis que representaria l'equiparació de les condicions laborals dels professionals d'ambdós sectors per a algunes prestacions.
- 10. Espais.** Totes les experiències subratllen la importància de compartir els espais (físics i virtuals) dels serveis socials i de salut. Per això, es proposa que s'elabori un protocol sobre els possibles espais a compartir.
- 11. Guies i protocols.** La coordinació i la integració de serveis i projectes requereix l'elaboració de guies i protocols que concretin les accions, els procediments i les intervencions integrades d'atenció social i sanitària (serveis socials bàsics i serveis d'atenció primària de salut, entre els diferents serveis socials i sanitaris a domicili, etc.). Sembla prioritari consensuar protocols de gestió dels recursos a partir de l'alta hospitalària amb validesa a tot el territori, en la que es tinguessin en compte els recursos de serveis socials i sanitaris.
- 12. Avaluació i rendiment de comptes.** S'hauria d'establir un sistema d'avaluació periòdica, amb indicadors mesurables; així mateix, caldria fer enquestes d'opinió als usuaris. També es proposa la realització de sessions periòdiques i obertes de rendició de comptes (transparència).
- 13. Qualitat.** Establir criteris i instruments per a l'avaluació periòdica de la qualitat, tant dels processos com dels resultats, que inclogués l'externalització de serveis, la transparència, criteris eficiència, etc.

# 4. Recomanacions i estructuració

## I. Actuacions prèvies

Es considera necessari que abans de començar es formalitzi un acord entre les institucions i organitzacions competents en les matèries objecte de l'atenció integrada social i sanitària (Generalitat de Catalunya i Ajuntament de Barcelona). Aquest acord hauria de contemplar els objectius que es volen assolir, una autoritat única compartida i el calendari de les actuacions.

Es considera la Taula per a l'atenció integral social i sanitària, creada l'any 2006, un instrument útil com a espai de treball, del qual poden dependre grups de treball per a aspectes més específics.

Es recomana que a la Taula per a l'atenció integral social i sanitària assisteixi algun representant del Tercer Sector, que podria ser un dels membres del Consell Municipal de Benestar Social.

## II. Estructuració

Es proposa que les accions que s'han esmentat en les aportacions operatives s'estructurin a l'entorn de tres elements bàsics.

### Mapa d'AISS

#### *Aspectes a considerar*

- Actualització i unificació dels mapes de serveis socials i sanitaris, incloent-hi la unificació de les divisions territorials.
- Anàlisi dels recursos materials, humans, legals i financers dels dos sistemes i de les necessitats i avaluació de la situació actual.
- Anàlisi de la legislació bàsica i competencial dels dos sistemes.

#### *Observacions*

- Diagnòstic de la situació.

## Pla estratègic d'AISS

### Aspectes a considerar

- Revisió i adaptació del contingut i gestió de la cartera de serveis socials i sanitaris per a un model d'AISS.
- Major dotació i distribució dels recursos dels dos sistemes en funció dels serveis que cada sistema assumeixi: dissenyar la xarxa d'equipaments, centres i serveis socials i sanitaris.
- Considerar els recursos i plantejaments comunitaris dels drets socials bàsics (serveis socials, salut i educació).
- Incloure-hi l'avaluació, la qualitat i la rendició de comptes.
- Estendre i perfeccionar el sistema d'informació social i sanitària.
- Concretar diferents qüestions que caldrien per a la integració de l'atenció social i sanitària.
- Analitzar aquelles coses que es podrien compartir: espais a compartir; processos de valoració unificats; porta d'entrada integrada; protocol de gestió dels recursos a partir de l'alta hospitalària conjunta; dispositiu i procediment específic per a les actuacions d'urgència, etc.
- Identificar i proposar les reformes legislatives que caldrien per aplicar el model.

### Observacions

- Planificació participativa dels diferents agents que intervenen (coproducció de polítiques).
- Avançar en l'establiment d'un Acord estratègic de ciutat per a l'AISS.
- Cercar l'equilibri del dret als serveis socials i als sanitaris.
- Molts dels aspectes ja s'estan estudiant, per tant, es podrà avançar més ràpidament.
- Tenir en compte una mirada metropolitana.

## Plans pilot d'AISS

### Aspectes a considerar

- Prova pilot.
- Formació conjunta dels professionals.
- Guies i protocols conjunts.
- Espais de reflexió ètica.

### Observacions

- Prova i avaluació de la implantació d'aspectes clau del model.
- Es proposa fer-ho simultàniament a l'elaboració del Pla estratègic.
- Aprofitar territoris que ja hagin treballat aspectes conjuntament (per exemple, integració de dades sociosanitàries: Besòs i Esquerra de l'Eixample; integració SAD sociosanitari: Vilapicina, etc.).
- Aprofitar el projecte "Impulsem!" per introduir els canvis.
- Ordre de prioritats:
  - a) Començar per les més fàcils, barates i cost/efectives.
  - b) Estudis adreçats al coneixement de la realitat per tal de disposar d'un diagnòstic objectiu.
  - c) Accions que tinguin l'efecte "taca d'oli", que s'estenguin i facilitin altres activitats.
  - d) Propostes procedents del territori amb la implicació dels professionals de primera línia.

# Annex. Estratègia per a l'atenció integrada social i sanitària a Barcelona. Un document estratègic de l'Ajuntament de Barcelona

## 1. Context de la ciutat de Barcelona

La ciutat de Barcelona compta amb una part de la població que requereix no només d'una atenció social o d'una atenció sanitària, sinó que requereix d'una assistència integral.

D'una banda, els últims anys la població de la ciutat de Barcelona s'ha vist envellida, una situació que no deixarà d'incrementar-se, ja que l'esperança de vida de Barcelona és cada vegada més llarga. La proporció de població de persones majors de 65 anys és la més alta de tot Catalunya i l'índex d'envelliment és un dels més elevats. Aquest envelliment poblacional, juntament amb altres patologies com el càncer, les malalties cardiovasculars, les respiratòries o les neurodegeneratives, entre d'altres, porten associats una sèrie de factors com són la cronicitat, la dependència i la discapacitat, que requereixen d'una atenció menys reactiva i més integrada.

D'altra banda, i com ja s'avançava anteriorment, no només el col·lectiu de gent gran requereix d'aquesta atenció integrada, sinó que hi ha altres situacions que necessiten d'una actuació conjunta dels serveis socials i sanitaris. Els infants i adolescents en situacions de risc o vulnerabilitat, el col·lectiu de les persones sense llar, que per la seva situació sovint queda fora del circuit assistencial tant social com sanitari, o aquells sectors de la població que pateixen trastorns de salut mental, han de ser part del focus d'aquesta atenció integrada.

Així, les persones que necessiten d'una assistència social i sanitària conjunta es calcula que representen actualment el 8% de la població a tot Catalunya<sup>1</sup>, i aquest percentatge s'anirà incrementant en els pròxims anys.

## 2. L'atenció integrada

Davant de la situació presentada anteriorment i seguint algunes de les definicions que es donen de l'atenció integrada, Barcelona busca fer un abordatge integral i centrat en les persones amb una mirada basada en la proximitat i amb un clar enfocament comunitari, donant

---

<sup>1</sup> Font: Ledesma Castelltort, Albert; Blay Pueyo, Carles; Contel Segura, Joan Carles; González-Mestre, Assumpció; Sarquella Casellas, Ester; Viguera Espejo, Lluís (2015). *Model Català d'Atenció Integrada. Cap a una atenció centrada en la persona*. PIAISS

força a les estructures de proximitat on els barris són els protagonistes d'aquesta atenció i on els dispositius de base comunitària n'assumeixin el lideratge.

Una atenció integrada a Barcelona que compti amb les persones per tal d'atendre-les, tenint presents els seus valors i preferències; i que asseguri la continuïtat assistencial, oferint un servei integral i multidimensional, a través del treball en xarxa i gràcies a la col·laboració entre professionals i nivells d'atenció. Així, les persones ateses rebran aquesta atenció integrada com un únic servei que dona resposta a les seves necessitats, tant de l'àmbit social com sanitari, que elles o els seus familiars o cuidadors no poden assumir.

### **Principis de l'atenció integrada social i sanitària<sup>2</sup>**

- a) Serveis complets al llarg del contínuum assistencial. Cooperació entre organitzacions sanitàries i socials.
- b) Centrada en la persona.
- c) Serveis que maximitzen l'accessibilitat de les persones i minimitzen la duplicitat de serveis.
- d) Atenció organitzada mitjançant equips interprofessionals. Equips interprofessionals al llarg del contínuum assistencial, guies d'atenció i protocols per assolir l'estàndard de qualitat de l'atenció.
- e) Gestió de la pràctica assistencial. Compromís amb la qualitat, l'avaluació i la millora contínua de la qualitat.
- f) Sistemes d'informació compartits. Sistemes d'informació actualitzats i que impulsin la comunicació entre professionals i el flux d'informació a través de tota l'atenció.
- g) Gestió econòmica que asseguri una distribució equitativa pels serveis o nivells de serveis.

## **3. Valors de l'atenció integrada a Barcelona**

L'atenció integrada ha de ser capaç de respondre les necessitats socials i sanitàries d'una mateixa persona de manera conjunta, prioritzant les necessitats i treballant de manera sincronitzada. El model d'atenció integrada de la ciutat de Barcelona ha de pivotar sobre tres principis bàsics.

---

<sup>2</sup> Basats en: Suter, E., Oelke, ND., Adair, CE., Armitage, GD. (2009): *Ten key principles for successful Health Systems Integration*. Health Systems and Workforce Research Unit, Alberta Health Services, Calgary Health Region.

## **Atenció centrada en la persona**

L'atenció integrada té com a punt nuclear la persona, i la resposta i l'atenció es modulen a través d'ella i el respecte a les seves opinions i decisions; per tant, parlem d'una atenció centrada en la persona (ACP) on la col·laboració entre els professionals, les persones ateses i els seus entorns és bàsica.

Les persones ateses i els seus entorns són responsables, juntament amb els professionals, de prendre les decisions adequades que alhora preservin les seves condicions de salut, d'autonomia i de benestar. Aquesta corresponsabilitat és essencial per desenvolupar una atenció de qualitat, eficient i sostenible i, per tant, s'ha de garantir que les persones reben la informació i el suport necessari per prendre aquestes decisions, apoderar-se i participar en el propi procés d'atenció, atenent també els aspectes emocionals. La participació de la pròpia persona en la seva atenció és un dels pilars bàsics de l'atenció centrada en la persona, i de l'atenció integrada a la ciutat de Barcelona.

## **Proximitat**

La proximitat ha de ser una característica bàsica en l'atenció integrada a les persones de la ciutat de Barcelona. Per sobre de les grans estructures (com els hospitals) s'ha de prioritzar la proximitat i per tant una estructura basada en els territoris (atenció als barris).

Donar l'atenció on les persones fan la seva vida quotidiana no només ajuda a la detecció de problemàtiques, sinó que l'abordatge d'aquestes és molt més eficient des de la proximitat en el territori. D'altra banda, una situació que requereix d'una atenció integral, i que és resolta de manera subsidiària per les estructures més pròximes a aquella persona, ajuda a afavorir la seva autonomia i evitar més situacions de dependència.

## **Enfocament comunitari**

En les persones amb una complexitat social i sanitària que requereixen d'una atenció integrada, els dispositius de base comunitària han de tenir un caràcter central. Les dinàmiques d'assistència integrades s'han de definir des de la proximitat i amb la col·laboració del lideratge comunitari.

La comunitat ha de tenir un paper bàsic en l'atenció integrada, amb actuacions de caire preventiu i de promoció d'un envelliment actiu i saludable, sobretot en les persones amb criteris de fragilitat. S'ha de recuperar el paradigma de la cura i el suport mutu del nivell comunitari.

L'eix comunitari, igual que l'eix social i el sanitari, és un dels agents clau del territori a tenir en compte pel que fa a la feina que es desenvolupa amb les persones del territori, especialment amb aquelles que tenen complexitat social i sanitària.

## 4. Prioritats de la ciutat de Barcelona

Quant a atenció integrada, les prioritats que la ciutat de Barcelona ha de tenir són:

1. Assegurar una atenció sociosanitària de l'envelliment formalitzant una Estratègia per a l'abordatge integral de l'envelliment amb una visió estratègica, i introduint, entre altres, criteris d'atenció centrada en la persona, la lluita contra les desigualtats i els factors socials que les condicionen, la promoció de l'envelliment actiu, la inclusió de la perspectiva de gènere, la territorialització i proximitat de les actuacions i l'acció comunitària com una de les metodologies clau de treball.

2. Garantir una atenció integral a domicili per a pacients amb una gran complexitat social i sanitària. Seguint el principi de la proximitat, es busca apropar a les persones tots aquells serveis que necessitin de manera integral i sense duplicitats. Assegurar la transició entre el servei hospitalari i l'atenció domiciliària (acompanyant-los quan deixen l'hospital i tornen a casa amb unes situacions físiques amb una major complexitat), evitant deixar persones amb complexitat social i sanitària desateses. Compartir informació i coordinar serveis ha de servir per garantir la continuïtat en les accions i sobretot en aquestes transicions.

3. Posar especial atenció en els col·lectius socials més fràgils i vulnerables. Si bé l'atenció integrada està pensada perquè beneficiï tota la població, ja que gràcies a ella es millora l'atenció tant social com sanitària i el contínuum en l'atenció, i en algunes situacions pot aportar millores en els resultats actuals sobre salut i benestar, també és cert que inicialment són aquells col·lectius més fràgils els que requereixen d'una atenció integrada amb més urgència.

Aquells col·lectius que més necessiten aquest tipus d'atenció integrada, per la seva situació de fragilitat o vulnerabilitat, són els col·lectius d'infants i adolescents en risc, les persones sense llar, les persones amb trastorns mentals i la gent gran, entenent que el gruix de gent que està en una situació de fragilitat i/o vulnerabilitat és el de majors de 65 anys.

4. Crear un model d'atenció públic comunitari. Un model que compti amb la participació de la comunitat i amb els seus recursos, formals i informals, que acabaran essent els que garantiran l'atenció integrada en cadascun dels territoris.

5. Economia de les cures. Fer visibles i reconèixer les cures, un àmbit on es reproduïxen desigualtats de gènere, fomentant i facilitant la conciliació del temps de cura, familiar, laboral, personal i social, promovent activitats i suport als familiars cuidadors de persones amb dependència o amb una complexitat social i sanitària, per tal que puguin compaginar la cura amb la seva pròpia vida familiar, personal i laboral, i vetllant pel sector professional que es dedica a les cures.





