

Proposta del grup d'Envel·liment i Dependència i de l'Eix de Salut de Barcelona en Comú en relació a l'Avantprojecte d'Atenció Social i Sanitària Integrada dels Departaments de Drets Socials i Salut de la Generalitat de Catalunya

Revisant les bases del model proposat d'atenció social i sanitària integrada i la resta de documentació pensem que, en general, hi ha coherència respecte als principis que la guien. Parteixen de la tesi d'atenció integrada centrada en les persones que prioritza l'atenció de proximitat i el respecte a les seves decisions. Estem d'acord amb aquests principis.

Els documents indiquen que cal treballar de manera col·laborativa en equips multidisciplinaris i també multicèntrics entre els professionals de les parts socials i sanitàries: centres d'atenció a la salut comunitaris, essencialment CAP, i personal d'infermera i metge de residència quan es tracta de persones residents. També els serveis d'urgències i socio sanitàries estan inclosos en l'atenció integrada.

El document sobre *Model d'Atenció social i sanitària a persones que viuen en residències* inclou només l'atenció sanitària. Ens sembla que aporta un punt de vista hipertrofiat de l'atenció sanitària medicalitzada i la social no està contemplada. Pensem que descriure l'atenció social atenent a les diferents necessitats bàsiques universals i individualitzades de les persones institucionalitzades, té a veure amb l'alimentació, el descans, el lleure, la identitat, les relacions, la intimitat, la sexualitat... Una persona, pel fet d'estar institucionalitzada, no ha de perdre els drets de ciutadania, presa de decisions, llibertat i participació.

Es parla de model integrat, de treball en equips multidisciplinaris, de participació i atenció a l'entorn familiar, cercant el consens amb els usuaris; no obstant en els documents no veiem la participació d'entitats o d'associacions d'usuaris i familiars, malgrat se'n parla de la importància de la presa de decisions conjunta.

També trobem a faltar la referència als valors democràtics i d'ètica de la gestió pública: participació, transparència i retiment de comptes...

Pel que fa a l'atenció digna i de qualitat al final de la vida, no sempre s'inclou, pensem que no queda suficientment reflectida.

Es descriu que les persones institucionalitzades prenen més medicació que les que no ho estan i sovint s'abusa d'ansiolítics o sedants com sistema de contenció química. La medicació està prescrita pels professionals mèdics i l'experiència ens informa que no sempre coincideix amb la facturació de la farmàcia, que és superior. Si el nou model incorpora professionals farmacèutics que assumeixin la idoneïtat i el control farmacèutic es pot resoldre aquest problema.

En els diferents documents es parla de professionals de les pròpies residències i de la comunitat social i sanitària, sense massa especificació de responsabilitats concretes. Treballar de manera col·laborativa implica una organització per la coordinació i la presa de decisions compartida, amb disponibilitat de temps per a fer-ho.

Ens preguntem quines seran les ràtios de les auxiliars de residències, que són qui fa la cura en el dia a dia. No s'indica enlloc.

Ens preguntem també si totes les figures descrites a la tercera corona d'atenció integrada, professionals tècnics, estaran a totes les residències, grans o petites, i quines seran les ràtios de professional per resident.

Es parla d'ecosistema però no hi ha una definició de llocs de treball relacionada amb el nivell de dependència de les persones institucionalitzades i del grau de necessitat específica de cada professional.

Es suggereix minimitzar desplaçaments de residents a hospitals. Aquesta mesura, segons com s'apliqui, pot implicar la restricció del dret de les persones a ser ateses, i fins i tot derivar en situacions irreversibles.

En el document "*Model d'Atenció Social i Sanitària integrada a l'entorn domiciliari*" es diu que es promouran polítiques de planificació urbana i per a l'adaptació funcional dels habitatges. Ens preguntem, amb quins pressupostos? Tanmateix que el finançament dels serveis serà públic amb co-pagament segons la cartera de serveis. Quins seran els percentatges de co-pagament? Com serà per a les persones que no puguin fer-ho?

Trobem a faltar una major representació del món local en els espais de co-govern, en l'operativa i la presa de decisions de l'Agència d'atenció social i sanitària integrada .

La nova estructura, és a dir l'Agència d'atenció integrada social i sanitària hauria de ser a cost estructural i global zero.

Cal una anàlisi de costos, així com planificar bé el trànsit dels professionals des de les estructures ja existents cap a la nova estructura.

Prèviament cal planificar les necessitats dels professionals d'inspecció: formació, autoritat i protecció necessària, perquè puguin exercir les necessàries funcions.

Tot nou model ha d'anar acompanyat d'una temporització i un pressupost de finançament, que trobem a faltar en alguns dels documents. No pot ser que fins al 2025-26 no es prevegi un increment del finançament, com s'indica en el document del Model d'atenció integrada social i sanitària en l'entorn domiciliari. No es pot basar tota millora només en la bona voluntat i l'esforç dels professionals.

L'experiència pública/privada ens ha mostrat un desmantellament del sistema públic i un increment del privat amb els recursos públics sense que això es tradueixi en la millora dels serveis, ans al contrari.

D'altra banda, manca també major concreció en la millora dels serveis a la infància, insuficients del tot per les necessitats actuals. L'atenció dels CDIAP queda curta en les franges d'edat que atenen. A més, la continuïtat del servei que ofereixen no es pot dur a terme amb el mateix nivell de qualitat quan els infants han de ser atesos pels CSMIJ, donada la reducció del temps per infant i la manca d'intervenció multiprofessional (logopedes, neuropediatres...).

Pensem que s'ha fet una difusió insuficient d'aquest procés participatiu, ja que la informació no ha arribat a totes les entitats implicades en la temàtica d'atenció social i sanitària. Caldria ampliar el temps de participació i que es pogués fer de manera més accessible, ja que l'aplicació informàtica comporta importants dificultats.

Demandes:

- 1- **Incorporar la vessant d'atenció social**, en totes les seves dimensions i de manera integrada amb la sanitària, **en el document de Model d'Atenció Sanitària Integrada a persones que viuen en residències per a gent gran.**
- 2- Pensem que cal **incorporar geriatres als equips** d'atenció primària, tant en l'atenció en residències com a domicili, ja que són els especialistes en l'atenció a persones grans.
- 3- **Incorporar farmacèutics als mateixos equips**, tal com es recull als documents presentats, per tal de realitzar el control de la medicació necessària per la salut, evitant efectes adversos.
- 4- **Cal definir de manera més clara les funcions i activitats dels diferents professionals** dels àmbits social i sanitari, disposant **del temps necessari per a la coordinació.**
5. - És **necessari** abordar la gran disparitat de convenis i condicions laborals i salarials entre el sector salut i el sector social i **contribuir a la convergència i millora de condicions dels professionals que han de prestar l'atenció integrada.**
- 6- Respecte la recomanació de **no fer trasllats a l'hospital**, pensem que és **imprescindible especificar els criteris, sempre respectant tots els drets de la persona malalta.**
- 7- **Permetre que la persona usuària pugui prendre decisions en tot moment mentre li sigui possible.** Això inclou també el final de vida, i contemplar les voluntats anticipades (**DVA**).
- 8- És **imprescindible ampliar les ràtios d'auxiliars de geriatria en centres residencials** per tal de que els residents tinguin l'atenció adequada i digna.
- 9- Igualment ho és **ampliar les hores** de les professionals que recolzen l'autonomia i els aspectes emocionals i socials, que han estat reduïdes cada cop més: **fisioterapeutes, psicòlegs, treballadores socials, terapeutes ocupacionals, educadores socials....** per a que puguin atendre al nivell de les necessitats integrals de cada persona.
- 10- És fonamental atendre la **salut mental de tota la població**, i en especial de les persones en situació de vulnerabilitat, com poden ser les **persones grans, discapacitats o amb malalties complexes.**

- 11- En l'atenció domiciliària, **millora de les condicions laborals de les treballadores del SAD**, per a que puguin dur a terme un treball digne i que realment permeti potenciar la cura i l'autonomia de les persones receptores del servei, tal com assenyala la concepció del model. Sense temps no es pot fer.
- 12- **Internalitzar de manera progressiva els serveis** de cura per part de l'administració, per tal de no deixar-la en mans dels interessos dels lobbies empresarials, com està passant actualment. Contemplar la col.laboració d'entitats comunitàries sense ànim de lucre.
- 13- **Tendir progressivament a la substitució del finançament per separat dels Departaments de Salut i Drets Socials a un finançament integrat** en aquells àmbits on sigui pertinent.
- 14- **Articular clarament els mecanismes de co-gestió i co-finançament amb els ens locals**, ja que sense aquests mecanismes el desplegament de projectes i models d'atenció integrada no serà viable. **Cal definir una governança específica de l'atenció integrada en l'àmbit territorial de la ciutat de Barcelona.**
- 15- **Incorporar les associacions d'usuaris i familiars**, amb veu i vot, **en els diferents espais d'elaboració, planificació i avaluació dels nous models. Garantir el funcionament real dels Consells de Participació.**
- 16- **Incorporar també altres agents socials** de l'entorn (casals i espais de gent gran, associacions de persones amb malalties o discapacitats, associacions de veïns, ONGs, etc...) que poden donar suport a l'atenció a persones que viuen al seu domicili o en residències, des d'un model comunitari.
- 17- **Definir, inspeccionar i avaluar** amb exigència real la qualitat del **funcionament de les empreses contractades** per la gestió dels serveis.
- 18- És imprescindible incloure un pla d'**implementació dels nous models amb cronograma detallat i amb i partides pressupostàries suficients**, que permeti l'atenció integrada i de qualitat a les persones que la necessiten, ja sigui al domicili o en centres residencials.