



8 de febrer de 2022

El secretari del Govern

Acord

del Govern pel qual s'aprova la memòria preliminar de l'Avantprojecte de Llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària.

L'article 36.2 de la Llei 13/2008, del 5 de novembre, de la presidència de la Generalitat i del Govern estableix que la tramitació d'un projecte de Llei requereix l'acord previ del Govern sobre l'oportunitat de la iniciativa i s'inicia a proposta del departament o els departaments interessats, als quals correspon d'elaborar l'avantprojecte de Llei corresponent.

L'Acord del Govern de 22 de gener de 2019, relatiu a l'oportunitat de les iniciatives legislatives del Govern i a la seva consulta pública determina que l'acord previ del Govern sobre l'oportunitat d'elaborar un avantprojecte de Llei ha de contenir una memòria preliminar, i n'estableix el contingut.

Per tot això, a proposta conjunta de la consellera de Drets Socials i del conseller de Salut, el Govern

Acorda:

Aprovar la memòria preliminar de l'Avantprojecte de Llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària, que s'adjunta com a annex.

Annex

Memòria preliminar de l'Avantprojecte de llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària.

1. Els problemes que es pretenen solucionar.

Com s'esdevé en la major part de països desenvolupats, Catalunya està davant d'un repte colossal que requerirà de respostes diligents, pragmàtiques, transformadores i consensuades, tant per part del sistema de serveis socials, com del sistema sanitari. Això és degut a:

- Per una banda, ens trobem davant l'eclosió epidemiològica i demogràfica d'un grup de persones grans vulnerables, amb dependència i/o amb problemes de salut crònics -algunes de les quals amb necessitats complexes d'atenció i necessitats pal·liatives-, que condicionaran tant el volum de la demanda com les característiques d'aquesta demanda. *Al document annex podeu trobar algunes dades que ho il·lustren.*
- Per altra banda, les necessitats d'aquestes persones topen massa freqüentment amb uns sistemes sanitaris i de serveis socials pensats per donar resposta a la realitat del segle passat -pràcticament seguim organitzats de la mateixa manera que fa dècades, independentment dels canvis demogràfics i epidemiològics anteriorment esmentats-. Aquesta realitat té implicacions negatives tant des de la perspectiva de resultats de salut i benestar (necessitats no cobertes, iatrogènia,...), d'ús de recursos (duplicitats, sobrediagnòstic i sobretractament,...), com d'experiència d'atenció percebuda (tant d'aquestes persones com dels professionals que les atenen). *Al document annex es descriuen alguns elements que poden ajudar a explicar aquesta dificultat d'adaptació.*

Aquestes realitats interpel·len directament a les polítiques i les organitzacions, que necessàriament s'han de repensar per adaptar-se a aquest nou paradigma i donar una millor resposta a les necessitats de les persones i els costos d'atenció que se'n puguin derivar. Això implica de forma directa i simultània els sistemes de salut i de serveis socials, que ineludiblement hauran d'emprendre un re-disseny des d'una mirada centrada en la persona i des d'una perspectiva d'atenció integrada -definida al Termcat com el "*model d'atenció basat en les actuacions conjuntes i solidàries dels professionals i les organitzacions dels serveis socials i dels serveis sanitaris, que té com a objectiu obtenir bons resultats en salut i benestar, una adequada utilització dels recursos i una bona experiència d'atenció, amb la qual cosa es garanteix l'atenció integral i l'atenció centrada en la persona*". En aquest sentit cal fer èmfasi en què:

- L'atenció integrada no és una finalitat en si mateixa (no té sentit si només es planteja com un mitjà de racionalització de recursos), sinó un sistema facilitador de l'atenció centrada en la persona, on els professionals vetllen per assolir els resultats percebuts com a valuosos per la persona i les seves necessitats.

- No existeix una única o una “millor” forma d’integrar –o d’assolir els objectius de la integració–, sinó camins diferents d’acord amb les característiques i particularitats de cada territori.
- Per tant, el punt de partida de la integració no ha de ser obligatòriament un model organitzatiu amb un disseny predeterminat de dalt a baix, sinó, sobretot, un model de prestació de serveis pensat per millorar l’atenció a les persones.
- L’atenció integrada no cal que sigui sinònim de fusió dels diferents sistemes o organitzacions. Més enllà dels processos d’integració organitzativa, la literatura avala la creació d’entorns o ecosistemes de pràctiques col·laboratives entre les diferents parts.

Al llarg dels darrers decennis, a Catalunya s’han impulsat diferents iniciatives orientades a donar una resposta integrada social i sanitària a les necessitats de les persones: des del Programa vida als anys (1986), passant per el Programa per a l’impuls i l’ordenació de la promoció de l’autonomia personal i l’atenció a les persones amb dependència (ProDep) l’any 2005, el Pla integral d’atenció a les persones amb trastorns mentals i addicions l’any 2010, el Pla interdepartamental d’atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) l’any 2014 o el Pla d’atenció integrada social i sanitària (PAISS) l’any 2019. Totes elles han estat experiències extraordinàriament enriquidores, sense les quals avui no seria possible de fer el salt definitiu cap a una atenció més integrada social i sanitària.

2. Els objectius que es volen assolir.

La realitat epidemiològica i demogràfica descrita prèviament fa necessària l’adaptació i transformació del sistema de serveis socials i el sistema sanitari a les necessitats d’aquestes persones - circumstància que s’ha posat de relleu més que mai en context de la pandèmia de la COVID-19-. Així ho recullen tant en els objectius de desenvolupament sostenible de Salut i Benestar del Pla nacional per a la implementació de l’Agenda 2030, com el Pla de Govern de la XIV legislatura -on es fa especial èmfasi en la necessitat d’uns serveis socials i d’una sanitat pública que impulsin la cohesió social, redueixin desigualtats i generin valor-.

2.1 Objectiu general

Garantir una atenció més integrada, que permeti millorar els resultats de l’atenció a les persones grans i a les persones amb discapacitat, a les persones amb problemàtica social derivada de salut mental i en general a totes les persones amb necessitats complexes, des d’una quàdruple perspectiva:

- Millorar-ne els resultats de salut i benestar, promovent la qualitat de vida, l’apoderament i l’autonomia personal.
- Millorar l’eficiència i garantir la sostenibilitat del sistema sanitari i de serveis socials, a través de l’adequació en el cost de l’atenció i la utilització dels serveis de la població atesa, i garantint la qualitat, l’accessibilitat i l’equitat.

- Millorar l'experiència d'atenció d'aquestes persones i de les seves famílies, vetllant per què el projecte vital de les persones es pugui desenvolupar en el seu entorn familiar i comunitari.
- Millorar l'experiència dels professionals en la prestació de l'atenció.

2.2 Objectius específics:

Si bé són múltiples els àmbits on és necessari avançar en la integració de l'atenció; en el context actual cal prioritzar 4 objectius específics:

- Transformar els serveis de caràcter residencial per tal que responguin plenament als respectius projectes vitals, al marc de drets i la diversitat de persones i territoris, tot promovent una transició efectiva cap a la desinstitucionalització.
- Enfortir i integrar els serveis i suports d'atenció domiciliària, i altres concomitants, per garantir el dret a viure de forma independent a la comunitat en les millors condicions de salut i qualitat de vida.
- Garantir la interacció entre els àmbits social i sanitari de la xarxa de salut mental amb el desenvolupament d'un model d'atenció integrada.
- Avançar, en el marc del Pla de transformació digital, en el model integrat de sistemes d'informació social i sanitari que permeti la compartició i la integració de la informació generada pel sistema de salut i el sistema social (història social i clínica compartida) amb la incorporació de solucions digitals que facilitin la necessària pràctica col·laborativa entre les diferents organitzacions i professionals de diferents àmbits d'atenció, el coneixement i els resultats dels sistemes d'atenció, i la situació i les necessitats de les persones ateses.

Més enllà d'aquests 4 objectius prioritaris, de forma progressiva caldrà incorporar necessàriament altres iniciatives, com:

- Crear d'un model integrat de promoció de l'autonomia personal i de les capacitats de les persones en risc o situació de dependència i discapacitat i/o fragilitat.
- Crear un model integrat d'atenció sanitària i social a la primera infància amb discapacitat, trastorns mentals i malalties minoritàries.
- Consensuar un model d'atenció integrada a les persones que són ateses en dispositius d'atenció diürna.
- Desenvolupar el model d'interacció entre l'atenció primària i comunitària d'atenció a la salut i l'atenció primària dels serveis socials bàsics.
- Desenvolupar el model d'atenció sociosanitària i de salut mental integrada de llarga durada de Catalunya.
- Abordar altres àmbits com: l'atenció precoç i el suport al desenvolupament infanto-juvenil,

l'envelliment saludable, la promoció de comunitats saludables socialment compromeses, el disseny i aplicació de metodologies de suport integrat al projecte vital de cada persona, etc.

3. Les possibles solucions alternatives normatives i no normatives.

3.1 Opció de “no fer res”

Qualsevol enfocament centrat en les necessitats d'aquestes persones difícilment es construirà sobre la base d'una mirada unilateral, d'un col·lectiu únic de professionals o un àmbit concret del sistema de serveis socials o sanitaris, sense un model sòlid d'atenció integrada social i sanitària que els harmonitzi. L'actual paradigma d'atenció, té serioses dificultats per fer front a la creixent complexitat de les necessitats de les persones grans, de les persones amb discapacitat, de les persones amb problemàtica social derivada de salut mental i en general a totes les persones amb necessitats complexes. A dia d'avui, “posar la persona al centre” requereix necessàriament d'una mirada compartida, d'un model d'atenció consensuat i d'un sistema integrat, accessible i equitatiu.

En aquest sentit, a Catalunya cal posar en valor les diferents iniciatives que, com s'ha comentat amb anterioritat, al llarg dels darrers decennis s'han orientat a donar una resposta integrada a aquest perfil de població, -en aquest cas partint d'una planificació, regulació, finançament, governances i avaluació clarament diferenciades entre el Departament de Salut, el Departament de Drets Socials i els municipis/ens locals-:

- Per part del Departament de Salut, com a autoritat sanitària, responsable de les polítiques i planificació de salut i la qualitat dels serveis i establiments sanitaris, que per mitjà del Servei Català de la Salut -ens públic del Departament de Salut- garanteix l'atenció sanitària de cobertura pública a través del finançament, la compra i l'ordenació operativa dels serveis sanitaris.
- Per part del Departament de Drets Socials, que té com a funcions les polítiques de serveis, prestacions i protecció socials, incloent, entre d'altres, la política de gent gran i de les persones amb discapacitat i dependències, amb problemàtica social derivada de malaltia mental i addicions, els equipaments assistencials de la xarxa de serveis socials així com les polítiques d'inclusió social de les persones amb discapacitat i les polítiques de dependència.
- Per part dels municipis, que tenen les competències de detecció de les necessitats socials en llur àmbit territorial, crear i gestionar els serveis socials necessaris, tant propis com delegats per altres administracions, i elaborar plans d'actuació local en matèria de serveis socials, coordinant els serveis socials locals, els equips professionals locals dels altres sistemes de benestar social, les entitats associatives i les que actuen en l'àmbit dels serveis socials locals. També per part dels ens locals supramunicipals, que tenen la funció, entre d'altres, de promoure i gestionar els serveis, les prestacions i els recursos propis de l'atenció

social especialitzada per a garantir la cobertura de les necessitats socials de la població de llur àmbit territorial.

Una opció seria, doncs, seguir intentant donar resposta als objectius general i específics des dels respectius àmbits diferenciats.

3.2 Opció normativa preferida

L'actual paradigma d'atenció -que tendeix a ser sistema i malaltia-centrat, rígid, paternalista, reactiu i fragmentat-, té serioses dificultats per fer front a la creixent complexitat de les necessitats de les persones grans, de les persones amb discapacitat, de les persones amb problemàtica social derivada de salut mental i en general a totes les persones amb necessitats complexes.

En aquest context, l'Agència d'atenció social i sanitària emergeix com una opció pragmàtica per ajudar a assolir els objectius general i específics descrits en l'apartat 2. L'Agència hauria d'aportar respostes diligents però flexibles, basades en el coneixement però pragmàtiques, i sobretot consensuades entre els protagonistes d'aquest procés -les persones, els professionals i els proveïdors-, a qui caldria implicar en la identificació de les prioritats, en el co-disseny/co-creació de les respostes i en l'avaluació d'aquestes (*veure document annex*). L'Agència -que es constituïria com a entitat pública-, no hauria d'implicar la construcció d'un "nou sistema", sinó que hauria de posicionar-se com instrument orientat a l'articulació dels serveis actuals, per maximitzar-ne i harmonitzar-ne les respostes.

Així, les funcions de l'Agència d'Atenció Integrada es desenvoluparien en el marc de la complementarietat de les competències i funcions dels ens que la configuren, el seu desplegament seria progressiu i d'acord amb les prioritats dels Departaments de la Generalitat implicats. Aquestes funcions podrien ser:

- Planificació. Inclouria la planificació estratègica de l'atenció integrada a Catalunya, així com la coordinació i suport de i en la planificació operativa d'aquesta atenció integrada.
- Regulació i qualitat, com per exemple la definició d'una cartera de serveis d'atenció integrada social i sanitària i dels estàndards de qualitat del serveis d'atenció integrada.
- Finançament, especialment orientat a promoure projectes innovadors d'atenció integrada i/o sistemes de finançament i compra en nous serveis innovadors, sempre complementant i no duplicant les funcions de compra dels departaments i ens de salut i de drets socials.
- Promoció de les governances dels projectes i dinàmiques territorials d'atenció integrada.
- Avaluació i monitorització dels projectes i línies d'atenció integrada, promovent el *benchmark* territorial i la transparència en la publicació de resultats, així com el re-direccionament de les dinàmiques d'atenció integrada.

- Altres funcions de l'Agència poden ser les d'assessoria (per exemple, en la promoció de la cultura i competències professionals afavoridors de l'atenció integrada o la promoció d'entorns vitals i comunitaris més inclusius), de recerca, innovació i gestió del canvi (com a elements clau per al procés d'aprenentatge i milloria contínua), de promoció de pràctiques col·laboratives amb altres organismes equivalents i administracions públiques, o d'altres funcions que es puguin proposar.

Això implicaria, per exemple:

- En relació amb el disseny de les polítiques públiques, passar de dues estratègies paral·leles de planificació (la social i la sanitària) a una única estratègia de planificació integrada de país.
- Pel que fa a les organitzacions, equips i professionals, una millora de la coordinació i de pràctiques col·laboratives, així com l'afavoriment de les condicions perquè els diferents interlocutors implicats en el marc de l'atenció centrada en la persona la puguin fer efectiva.
- La realització d'actuacions a nivell *macro* (polítiques socials i sanitàries, així com nous models de governança i finançament), *meso* (amb una mirada territorial compartida amb els proveïdors i entitats) i *micro* (amb protagonisme del lideratge professional).

4. Els impactes més rellevants de les diferents opcions considerades:

4.1 L'impacte sobre l'administració de la Generalitat.

L'opció normativa preferida:

- Requeriria d'un finançament compartit entre els respectius Departaments i ens locals, amb l'objectiu d'articular fórmules de finançament específiques per grups poblacionals amb necessitats socials i sanitàries. En aquest sentit, caldria valorar/quantificar el cost de la inversió estratègica associada al procés de gestió del canvi cap a un model de prestació de serveis més integrat. Aquesta inversió s'hauria de materialitzar en primera instància a l'impuls de pràctiques innovadores d'atenció integrada en els diferents territoris de Catalunya.
- Requeriria d'una adaptació de les estructures orgàniques dels Departaments de Salut i de Drets Socials per a l'exercici de les seves competències, així com d'alguns canvis legislatius i noves regulacions que possibilitin una transformació real i la gestió del canvi - evitant la juxtaposició de models i duplicitat d'estructures i funcions-.
- Permetria una assignació eficient dels recursos, evitant duplicitats i garantint les prestacions d'acord amb les necessitats de les persones de la manera més adequada i eficient possible.

4.2 L'impacte sobre les administracions locals, tenint en compte la seva dimensió i el règim especial de Barcelona.

L'opció normativa preferida:

- Permetria establir mecanismes de co-gestió i co-finançament de determinats serveis amb les administracions locals i supramunicipals per al compliment de les funcions que se li atribueixin. Aquesta es podria formalitzar a través de convenis, acords de delegació de competències, canvis en la regulació que permetin articular noves formules de finançament o cofinançament entre administracions (departaments de la Generalitat, ens locals,...) -sens perjudici de qualsevol altra forma emparada en dret-.
- Requeriria de l'adaptació de les estructures de governança ja existents i/o de la creació de noves governances orientades a l'atenció integrada allí on no existeixin. Per aquest mateix motiu, caldrà consensuar la naturalesa i composició d'aquestes governances també amb les administracions locals i supramunicipals. En el cas de la ciutat de Barcelona es requerirà, entre d'altres, de la participació necessària dels consorcis sanitaris i de serveis socials participat per la Generalitat i l'Ajuntament de Barcelona, tot tenint en compte les competències atribuïdes al municipi de Barcelona per la Carta Municipal de Barcelona, en matèria sanitària (capítol IX) i de serveis socials (Capítol X).

4.3 L'impacte sobre les mesures d'intervenció administrativa i des de la perspectiva de la reducció de càrregues administratives per als ciutadans i per a les empreses.

L'opció normativa preferida estaria orientada a facilitar una prestació de serveis més adient i àgil per a la població descrita prèviament, mitjançant la reducció de les càrregues administratives, tant per als usuaris, com pels professionals i les entitats prestadores de serveis, donat que es facilitarien les gestions i s'evitarien duplicitats de tràmits.

4.4 Els impactes econòmics, socials o ambientals rellevants que no s'hagin valorat als apartats anteriors.

Actualment no es disposa d'una avaluació fiable que permeti estimar amb detall els impactes econòmics, socials o ambientals de la integració de l'atenció social i sanitària a Catalunya. Alguns dels resultats de l'avaluació de polítiques públiques PROAVA impulsat per la Generalitat, on s'ha avaluat l'atenció domiciliària integrada comparant territoris amb atenció integrada al domicili amb territoris sense integració, s'han obtingut una reducció de la probabilitat d'ingressar en una residència (reducció del 20%) i una reducció de la despesa global. Per altra banda, hi ha un ampli consens internacional en el fet que l'atenció integral, integrada i centrada en la persona és el millor enfocament en aquest context. L'evidència actual avala que l'atenció integrada contribueix a millorar l'accés als serveis i a disminuir hospitalitzacions i readmissions innecessàries, millora l'adherència al tractament, millora l'experiència de les persones ateses i del seu entorn cuidador, incrementa l'alfabetització i l'autocura, millora l'experiència d'atenció de les persones ateses i

l'entorn cuidador, a satisfacció laboral dels professionals i millora els resultats en salut. També hi ha una evidència creixent de la seva eficàcia, especialment per a la gestió de persones amb problemes de salut crònics.

Així doncs, l'opció normativa preferida permetria:

- Avaluar l'impacte social, econòmic i ambiental de l'atenció integrada a Catalunya, amb la confiança de poder corroborar l'evidència internacional sobre els beneficis de l'atenció integrada en la millora dels resultats d'atenció a les persones -amb les implicacions econòmiques i socials que se'n deriven-, d'acord amb el quàdruple objectiu esmentat prèviament.
- Promoure l'anàlisi i monitorització permanent de les necessitats de la població (especialment d'aquelles amb necessitats complexes d'atenció integrada socials i sanitàries), amb l'objectiu de proposar recomanacions encaminades a la millora en la prestació dels serveis.

5. La procedència d'efectuar una consulta pública prèvia o bé la justificació de les excepcions que hi puguin concórrer, així com la valoració de la necessitat d'emprar, en el seu cas, altres eines i canals de participació complementaris a la publicació en el Portal de la Transparència.

Es considera procedent efectuar una consulta pública prèvia, ja que en aquest cas no concorre cap excepció per a la realització d'aquest tràmit, i a més es considera molt convenient, donada la repercussió i implicacions de l'opció normativa preferida.

La consulta pública estarà oberta al conjunt de la ciutadania i organitzacions. Es creu especialment convenient obtenir el parer dels ens locals, associacions representatives, proveïdors i entitats prestadores dels sistemes de serveis socials i de salut i professionals experts i amb competències relacionades amb atenció integrada, així com altres entitats, institucions i òrgans potencialment implicats.

Per instar a la participació s'enviaran correus electrònics a les entitats, proveïdors i organitzacions més representatives dels sectors socials i sanitaris, es farà difusió per les xarxes socials i a les web oficials dels departaments implicats.