



**Consorci de Salut i
Social de Catalunya**

EL SECTOR SOCIOSANITARI EN EL MOMENT ACTUAL DE CRISI ECONÒMICA: IDEES PER A L'AVENÇ SOSTENIBLE DEL MODEL

El sector sociosanitari ha estat un dels eixos diferencials del model sanitari català i ha contribuït de forma decidida al funcionament global del sistema, donant qualitat en l'atenció als malalts grans fràgils, amb dependència i comorbiditat, i en situació de final de vida.

En el territori, els serveis sociosanitaris han d'actuar de forma dinàmica en el continuïtat aguts-primària, adaptant els seus serveis de forma proactiva a la necessitat dels usuaris, per tal de disminuir la dependència, evitar ingressos hospitalaris innecessaris i institucionalització permanent.

En el context actual de crisi econòmica, el sector evidencia la necessitat d'una reconversió profunda que faci sostenible el model i, a la vegada, reasseguï els serveis en aquells punts a on els seus pacients diària estan causant més dificultats de gestió al sistema.

La reconversió del sector seguint els anterior eixos crearan un nou model d'atenció més proper als serveis sanitaris que als serveis d'atenció a la dependència, per la qual cosa es proposa canviar el nom del conjunt del sector a **atenció intermèdia**. És molt important potenciar el professionalisme, partint del coneixement especialitzat actualment existent i, a la vegada, incrementar la formació per la incorporació dels nous rols professionals que seran necessaris per al desenvolupament del model.

Aquesta diferenciació no és obstacle perquè el sector adopti també com a objectiu primordial la coordinació i integració amb els serveis d'atenció a la dependència en els àmbits ambulatori, domiciliari i residencial ⁽¹¹⁾.

Per últim, s'ha d'assenyalar que les actuacions anteriorment descrites no han de comportar cap increment en el finançament del sector. De fet, en molt casos, comportarà una reducció dels recursos econòmics actualment dedicats, a millorar la utilització adequada de serveis sanitaris en el conjunt del sistema.

PROPOSTES PER UN CANVI SUBSTANCIAL EN EL SECTOR SOCIOSANITARI

- 1** Agrupar i reordenar els serveis ambulatoris actuals (hospitals de dia, UFISS de demència, EAIA) per continuar realitzant la seva actual activitat d'avaluació integral a malalts complexos (no a malalts amb molta dependència) i generalitzar la intervenció en situació de crisi ja iniciada en alguns equips.
- 2** Agrupar i reordenar els serveis domiciliaris de cada àrea sanitària, que són molt heterogenis en el moment actual. S'hauria d'avançar també en la reconversió d'una part dels PADES per actuar en malalts complexos en situació de crisi i en situació postalta hospitalària, amb actuacions dels equips molt limitades en el temps.
- 3** Modificar el model de finançament actual dels serveis sociosanitaris (pagament actual per estructura o per estada) considerant un adequat *case mix* dels pacients atesos (no el sistema RUG actual), l'estructura del centre i el servei prestat. El sistema de pagament hauria de cercar l'eficiència evitant utilitzacions i estades inadequades.
- 4** Aprofundir en l'actual mapa de serveis sociosanitaris, diferenciant un grup de centres amb serveis pre-dominantment de llarga durada d'un altre grup de centres amb serveis sanitaris intermedis, amb una adequada distribució territorial que eviti duplicitats i potenciï les sinergies a través d'aliances entre proveïdors.
- 5** Apostar de forma decidida per reconvertir una part de la convalsència actual en un model de postaguts més proactiu, d'actuació més precoç en les unitats hospitalàries d'aguts i en els serveis d'urgències. Quan hi hagi massa crítica es pot plantejar la diferenciació en unitats per a malalts ortogeriàtrics i mèdics. Aquestes unitats són útils en la reducció de dependència, la disminució de la mortalitat i el menor ús de residència geriàtrica^(1,2).
- 6** Potenciar de forma decidida l'actuació a urgències a través dels dispositius actuals (per ex. UFISS) per evitar l'hospitalització inadequada, especialment de malalts en situació de final de vida⁽³⁾.
- 7** Potenciar la reconversió de llits actuals d'aguts en unitats d'aguts de geriatria medicoquirúrgiques, planificades en base a les necessitats del malalt i no en base al diagnòstic predominant. Aquestes unitats han demostrat recentment la seva eficàcia en reducció de mortalitat, reducció de dependència i institucionalització a l'alta⁽⁴⁻⁷⁾.
- 8** Reconvertir part dels recursos sociosanitaris actuals (per ex. UFISS) en programes hospitalaris proactius, per actuar de forma transversal en els serveis mèdics i quirúrgics dels hospitals en la detecció i prevenció de les situacions de risc predominants en el malalt gran fràgil, com és la confusió, les caigudes, la polifarmàcia, etc. Aquesta actuació ha demostrat milloria de les complicacions, de l'estada mitjana i de la dependència^(8,9).
- 9** Traspasar a l'àmbit de dependència la majoria de llits de llarga estada actuals, amb modificació clara del copagament de l'usuari per fer-ho equiparable al de la resta de regions europees.
- 10** Abordar de forma decidida i de forma conjunta amb els dispositius d'atenció primària, el servei prestat en residències de gent gran, per garantir una adequada qualitat d'atenció i evitar hospitalitzacions i visites a urgències i especialistes inadequades⁽¹⁰⁾.

EL SECTOR SOCIO SANITARI EN EL MOMENT ACTUAL DE CRISI ECONÒMICA: IDEES PER A L'AVENÇ SOSTENIBLE DEL MODEL

Bibliografia

S'assenyalen algunes de les darreres aportacions en la literatura mèdica que suporten les anteriors propostes.

1. Bachmann S; Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2010; 340:c1718 doi: 10.1136/bmj.c1718.
2. Ellis G, Withehead MA, Robinson D, O'Neill D, Landhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 (review in 2011), Issue 4. Art. No.:CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211.
3. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61:53-62.
4. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Med Bull* 2005; 71:45-9.
5. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011; 343: d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553.
6. González Montalvo Ji, Pallardo Rodil B, Bárcena Álvarez A, Alarcón Alarcón T, Hernández Gutiérrez S. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles. *Rev Esp Geriatr gerontol* 2009; 44:205-8.
7. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009; 338:b50doi:10.1136/bmj.b50.
8. Inouye, S. K., Baker, D. I., Fugal, P., & Bradley, E. H. Dissemination of the Hospital Elder Life Program: implementation, adaptation, and successes. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1492-1499.
9. Boult C, Green AF, Boult LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an Aging America" report. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57:2328-37.
10. Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadety MS. The effect of Evercare on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:1427-1434.
11. Peikes P, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries. 15 randomized trials. *JAMA* 2009; 301: 603-618. Doi: 10.1001/jama2009.126.