

Reflexions del CSC envers la reconversió de la llarga estada sociosanitària a Catalunya

Grup de treball conjunt de les Comissions d'Atenció
Intermèdia, Gestió Social i Social del CSC

Document aprovat per la Comissió Permanent del CSC el 27 de novembre
del 2012

Índex

Antecedents i situació actual	2
Elements de la llarga estada que cal preservar.....	3
Elements dificultadors per a la reordenació global de la llarga estada.....	4
Recomanacions per a la reconversió de la llarga estada	4

Antecedents i situació actual

La llarga estada es defineix com el servei destinat a l'atenció continuada de persones amb malalties o processos crònics i diferents nivells de dependència, amb diversos graus de complexitat clínica, que no poden ser ateses al seu domicili. Els seus principals objectius són el control de símptomes i el manteniment de la qualitat de vida dels usuaris.

Actualment Catalunya disposa de 5.654 places de llarga estada, contractades a un total de 85 centres i que atenen a uns 9.000 usuaris per any¹.

Per les dades que es disposen del sistema de *case-mix* utilitzat (RUG III) i per la experiència dels professionals que treballen en aquestes unitats, es pot afirmar que un percentatge important dels usuaris atesos són equiparables en les seves necessitats d'atenció als usuaris de residències assistides.

Cal destacar que la llarga estada actual es una descàrrega pels serveis sanitaris mitjançant el drenatge des de les unitats de convallescència i, fins i tot, des dels hospitals d'aguts.

Tot i el solapament en el perfil de molts usuaris atesos en les dues xarxes de serveis, cal destacar algunes diferències rellevants:

- Finançament parcial estatal en el cas de l'atenció a la dependència.
- Finançament de fons i imports molt diferents (Salut vs Benestar Social i Família).
- Diferències en el copagament de l'usuari entre la llarga estada (copagament de l'usuari a partir del dia 90 d'estada) i els centres residencials (copagament de l'usuari des del primer dia d'ingrés).
- Alta professionalització de la llarga estada a Catalunya.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* inclou un catàleg de serveis de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia personal que contempla, entre d'altres, els serveis residencials per persones grans dependents, i centres d'atenció al dependent en funció dels diferents tipus de discapacitat. Aquests dispositius ja estaven prèviament inclosos en la cartera de serveis de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) i desplegats àmpliament al territori català.

També es important recalcar que el model d'atenció de llarga durada als països occidentals recau en la xarxa de serveis socials amb participació de la xarxa sanitària (especialment

¹ Font: Departament de Salut i CatSalut, a 31.12.11

d'atenció primària) en sistemes d'atenció més o menys integrats. El model d'atenció de la llarga estada sociosanitària a Catalunya és únic i no existeix en altres països.

Per tots els factors mencionats anteriorment i tenint en compte la situació actual de restriccions econòmiques i la necessitat d'optimitzar els recursos existents, és necessari realitzar un replantejament de la llarga estada a Catalunya, però que preservi els avantatges del model actual.

És per això que es va considerar oportú la constitució d'un grup de treball específic amb la participació de membres de les comissions d'Atenció Intermèdia, Gestió Social i Social del CSC, per tal de consensuar unes consideracions conjuntes respecte a l'evolució futura de la llarga estada a Catalunya.

Aquest document recull les principals avantatges del model actual i les amenaces que haurien de tenir-se en compte en el moment d'abordar una reconversió del sistema. De forma voluntària s'evita introduir elements de planificació de serveis, al entendre que aquesta es una responsabilitat de les administracions sanitària i social que hauria de recollir les opinions de patronals i professionals implicats.

Elements de la llarga estada que cal preservar

- 1.** Accés de l'usuari planificat, però immediat i àgil:
 - a.** Accés des d'unitats d'aguts i mitja estada en pocs dies, i no en els terminis de la Llei de dependència (fins a 180 dies), evitant el bloqueig del sistema.
 - b.** Accés mitjançant una valoració interdisciplinària integrada (no només valoració de dependència).
- 2.** Treball en xarxa amb altres dispositius hospitalaris, de mitja estada i d'atenció primària sanitària i serveis socials.
- 3.** Capacitat d'atendre la complexitat clínica elevada en persones amb dependència (alta capacitat terapèutica i rehabilitadora) assegurant que tant els ratis com la formació dels professionals siguin els adients.
- 4.** Atenció temporal i limitada en el temps, amb valoració integral de l'usuari per facilitar el retorn a domicili (donar altes).

Elements dificultadors per a la reordenació global de la llarga estada

1. Absència d'una xarxa de serveis socials planificada de forma conjunta amb la xarxa de serveis sanitaris, amb territoris amb duplicitats, i territoris amb deficiències en el desplegament de serveis.
2. Dificultat de coordinació entre els àmbits social i sanitari, especialment:
 - a. Valoracions diferents (en contingut i metodologia) per accedir als serveis.
 - b. Expedients assistencials i sistemes d'informació diferents.
 - c. Objectius d'atenció no coincidents.
3. Manca de suport sanitari suficient en els centres residencials, que fa que pacients amb complexitat sanitària establitzada no puguin ser atesos pels serveis socials actuals: el rati actual de professionals sanitaris és molt més baix en un centre residencial que en els centres sociosanitaris (a tall d'exemple, la majoria de residències de 60 a 80 places no disposen d'infermera durant la nit).
4. Diferències en la quantitat (més elevada en serveis socials) i moment d'aplicació (gratuit durant els primers 90 dies en la llarga estada) del copagament dels usuaris en els serveis socials i la llarga estada sociosanitària.
5. Diferents convenis col·lectius, amb els professionals de la xarxa social en un conveni estatal molt inferior en retribucions i condicions socials al dels professionals de la xarxa sanitària.

Recomanacions per a la reconversió de la llarga estada

1. **Cal una planificació conjunta i territorial** de l'atenció global d'un territori que consideri l'atenció de llarga durada, tenint en compte que no es tracta d'un recurs aïllat, sinó complementari, i en connexió amb la xarxa sanitària d'aguts, de primària i d'atenció intermèdia. La reconversió dels recursos actuals ha de tenir en compte aquesta complementarietat i connexió.
2. És necessari potenciar els **serveis d'atenció integrats sanitaris i socials**, en l'àmbit domiciliari (atenció primària i serveis socials domiciliaris) i institucional (serveis sociosanitaris i serveis socials residencials). En aquest sentit, cal destacar el paper dels serveis

sociosanitaris (subaguts, convalsència, pal·liatius i UFISS) com elements facilitadors d'aquesta integració.

3. Es necessari preservar els **elements claus** de la llarga estada actual: accés àgil, atenció limitada en el temps i capacitat d'atenció a malalts amb complexitat clínica.
4. També, s'ha d'assegurar i potenciar la **provisió d'atenció mèdica i d'infermeria** a les places residencials actuals, estimulants especialment els elements de coordinació amb la xarxa d'atenció sanitària.
5. Cal una reflexió urgent, però profunda, per la reconversió del sistema en aquells aspectes de més dificultat: copagament de l'usuari, sistema i metodologia d'accés als serveis, elements clau per a la planificació territorial de serveis sanitaris i socials i condicions laborals dels professionals. Aquesta reflexió ha d'incloure als actors implicats de les xarxes sanitària i social (administració, patronals, professionals).