

L'APLICACIÓ DE L'ANÀLISI DE LES NECESSITATS DE SERVEIS SOCIALS DE LA GENT GRAN AMB DEPENDÈNCIA A LA PLANIFICACIÓ DE SERVEIS SOCIALS

L'aplicació de l'anàlisi de les necessitats de serveis socials de la gent gran amb dependència a la planificació de serveis socials

Yolanda Rueda Falcón
Núria Masana Navarro

Resum

La Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears el 2010 ha dut a terme la planificació de serveis socials per a la gent gran i s'ha fixat, com a horitzó temporal, l'any 2015. Tal com recull la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, la planificació haurà de tenir en compte les necessitats i voluntats de les persones. Aquest compromís del Govern s'ha materialitzat en un model de planificació que aplica la metodologia *Balance of Care*.

Aquest model representa un canvi de paradigma en els plantejaments que hi ha hagut fins avui i posa l'èmfasi més important a aconseguir una oferta de serveis flexible. Per tant, condiona la cartera de serveis, la qual ha de ser adaptable a les necessitats de cadascú i als diferents entorns de les persones.

En aquest procés de la planificació, la Conselleria ha comptat amb la col·laboració dels usuaris dels serveis i els seus familiars, així com dels professionals que atenen aquestes persones.

Aquest article recull el procés dut a terme per a fer la planificació mitjançant la metodologia *Balance of Care*.

Resumen

La Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears ha desarrollado a lo largo del 2010 la planificación de servicios sociales para personas mayores tomando como horizonte temporal el año 2015. Tal como recoge la ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears, la planificación tendrá en cuenta las necesidades y voluntades de las personas. Este compromiso del Gobierno se ha materializado en un nuevo modelo de planificación utilizando la metodología *Balance of Care*.

Este modelo representa un cambio de paradigma en los planteamientos actuales y pone el énfasis en conseguir una oferta flexible, por tanto condiona la cartera de servicios, y adaptable a las necesidades de cada uno y a los diferentes entornos en el que se encuentran las personas.

En este proceso de planificación la Conselleria ha contado con la colaboración de los propios usuarios de servicios y sus familiares, así como con los profesionales que atienden a estas personas.

Este artículo recoge el proceso llevado a cabo para la planificación mediante la metodología *Balance of Care*.

1. Introducció

La nova Llei de Serveis Socials de les Illes Balears (Llei 4/2009, d'11 de juny) considera la planificació de serveis «un element fonamental per aconseguir actuacions ordenades i coordinades que permetin dur a terme polítiques realment eficaces i eficients» (exposició de motius). Alhora, l'augment del nombre de persones grans i de persones grans amb dependència constitueixen uns dels reptes més importants que tenen plantejats les societats desenvolupades. Aquest repte comprèn no solament assegurar la sostenibilitat dels recursos necessaris per prestar l'atenció que aquestes persones necessitaran, sinó també donar resposta a les noves necessitats que planteja la realitat actual de la vellesa, els nous perfils de persones grans, les quals tenen un nivell educatiu més elevat, un nivell de qualitat de vida diferent, i un ventall de preferències i valors més ampli i divers.

En aquest marc, la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració ha dut a terme al llarg de l'any 2010 un procés de planificació dels recursos del sistema públic de serveis socials necessaris per atendre les persones grans amb dependència, per a la qual s'ha fixat l'horitzó temporal de l'any 2015.

Per fer aquesta planificació la Conselleria ha aplicat un model de planificació nou, que es basa a analitzar les necessitats i no l'oferta ni els recursos disponibles per créixer, com han fet fins ara la majoria de les administracions públiques.

2. Les persones grans amb necessitat d'atenció social a les Illes Balears

Per planificar els recursos que necessita una Administració pública per atendre la gent gran amb necessitat d'atenció social del seu territori ha de partir de la realitat que el col·lectiu de persones grans no és homogeni, sinó que engloba una realitat plural de situacions de necessitat diferents.

La primera diferenciació de perfils de necessitat la fa la Llei 39/2006, de 14 de desembre, coneguda com a Llei de la dependència. Tot i que la dependència no és exclusiva de les persones grans, aquest col·lectiu n'és l'afectat principal. Aquesta llei configura el sistema d'atenció a la dependència a partir d'una classificació de nivells i graus de dependència. El nivell i grau de dependència de cada persona són determinats mitjançant l'aplicació d'un barem que estableix els criteris per valorar l'autonomia de la persona, la capacitat que té per fer les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) (menjar, higiene personal, mobilitat essencial, activitats domèstiques bàsiques, etc.) i la necessitat que té de suport. El reconeixement d'un nivell de dependència i grau concrets de la persona determina els serveis o prestacions als quals pot tenir accés.

Més concretament, la Llei de la dependència estableix tres nivells de dependència: dependència moderada, dependència severa i gran dependència, els quals són definits segons el nombre de vegades al dia que la persona necessita ajuda. La dependència moderada és la que requereix suport per fer diverses ABVD com a mínim una vegada al dia; la dependència severa és la que requereix suport entre dues o tres vegades al dia, i la gran dependència requereix el suport continuat d'una tercera persona.

En aquesta classificació, la norma no introdueix cap menció específica a les persones grans que pateixen demències, les quals tenen unes característiques específiques que determinen unes necessitats diferents en el tipus de tractaments, intensitat i en el seguiment de la malaltia. Forma part del debat actual del sector acordar la millor manera possible d'atendre les persones grans amb demència per optimitzar-los la qualitat de vida. I un dels punts principals del debat és si convé aplicar un model d'atenció integrat amb la resta de persones grans o bé un d'especialitzat per a les persones que pateixen aquesta síndrome. Més enllà del debat, el que és plenament acceptat és que les persones amb demència requereixen una atenció diferent i això, en un context de planificació de serveis, recomana que definim perfils de necessitat diferenciats.

L'atenció a la dependència és la necessitat social principal de les persones grans, però poden patir-ne d'altres, com, per exemple, la solitud, la manca de recursos econòmics, la disponibilitat d'un habitatge en condicions, etc. Aquestes altres necessitats socials, a més de ser considerades per la importància que tenen en si mateixes, també han de ser enteses com a factors que contribueixen a prevenir l'aparició de situacions de dependència o a accelerar-la.

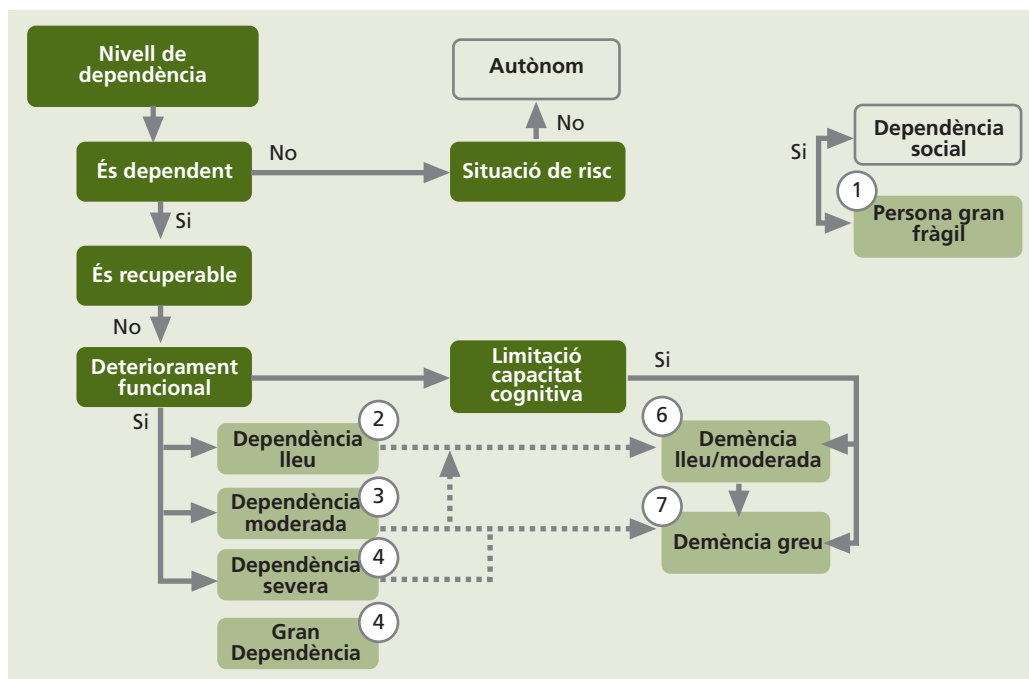
En aquest sentit, podem definir dos perfils de necessitat nous. D'una banda, les persones grans fràgils, que són autònomes, però que viuen en una situació precària associada a aspectes de salut (gent gran polimedicada, que pateix patologies cròniques que tendeixen a la incapacitat, etc.), a una mobilitat escassa o a circumstàncies socials adverses (aïllament, habitatge en mal estat, pocs recursos econòmics, etc.). D'altra banda, les persones grans que tenen una dependència lleu. Presenten limitacions incipients en la capacitat funcional física, les quals es tradueixen fonamentalment en nivells de dependència diferents per dur a terme les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) (anar a comprar, utilitzar el telèfon, preparar el menjar, controlar la medicació, etc.). Aquestes persones no arriben a assolir la puntuació mínima necessària perquè siguin reconegudes oficialment en cap nivell de dependència.

Fins ara, per diferenciar els perfils de necessitats de les persones grans hom ha fet referència bàsicament a criteris que mesuren la capacitat funcional de les persones i el seu deteriorament cognitiu. Per tenir una perspectiva completa de les necessitats d'atenció de les persones grans, però, cal introduir també una variable que reculli el nivell de suport

social i familiar amb què compta la persona. Les necessitats que té una persona gran amb un nivell de dependència severa no són les mateixes si viu en un entorn familiar estable, on hi ha la presència continuada d'una persona cuidadora, que si viu sola.

Podem estandarditzar tres nivells diferents de xarxes de suport. En un primer nivell, situaríem les persones grans que viuen en un entorn familiar estable i en el qual hi ha una presència continuada d'una persona cuidadora d'una generació posterior a la seva; en el segon nivell, les persones grans que viuen en un entorn familiar fràgil i en què aquesta fragilitat prové del fet que la persona cuidadora és de la seva mateixa generació (normalment, la parella) i, per tant, també és una persona gran, probablement en situació de fragilitat, o bé perquè l'atenció de la persona cuidadora és esporàdica (per exemple, un fill/a que treballa tot el dia); i, en l'últim nivell, les persones grans que viuen soles.

La identificació d'aquest conjunt de situacions diferents ens permet construir un conjunt de perfils de necessitat que recollim gràficament en la figura 1.



Font: Antares Consulting

La distinció de perfils de necessitat dins el col·lectiu de la gent gran fa que hàgim de parlar de combinacions de serveis i recursos diferents, en tipus o en intensitat, per respondre també a situacions diferents.

La definició de les opcions d'atenció adequades per a cada perfil de necessitat i el pes demogràfic de cadascun han de conformar la base d'un sistema de planificació de recursos que vulgui situar, efectivament, les persones en el centre del sistema.

Respecte de la quantificació del pes demogràfic de cada perfil, cal dir, en primer lloc, que la manca de dades és un element que caracteritza el sistema social espanyol i que dificulta enormement la presa de decisions. Això fa que necessàriament en uns determinats casos hàgim d'assumir hipòtesis que ens permetin avançar en la quantificació de la realitat social.

El Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència recent pot contribuir a millorar totes les dades de què disposam actualment en relació amb la gent gran dependent, però, en tot cas, caldrà esperar que el sistema estigui totalment implantat —cosa que no està prevista fins l'any 2015— per poder tenir una base de dades consistent. Mentrestant, podem prendre les dades provinents de les valoracions que hom va fer com a dades provisionals per quantificar el pes demogràfic de cada un dels tres nivells de dependència definits per la Llei; hem de tenir en compte —com ja hem comentat— que el reconeixement de tots els nivells de dependència no serà efectiu fins el 2015. La Conselleria, per planificar els recursos, ha utilitzat les dades de les valoracions de la dependència en persones que tenien més de seixanta-cinc anys, amb data de desembre de 2009, i a les quals ha afegit un valor diferencial. Aquest valor diferencial pretén recollir, d'una banda, la realitat de les persones grans que no expressaran la demanda de valoració (han quantificat aquesta demanda no expressada en un 20% de les valoracions fetes), i, d'altra banda, quantificar el nombre de persones de grau II i grau I que encara no han entrat en el sistema, atès el calendari d'implantació de la llei (han quantificat un 20%, en el grau II, i un 50%, en el grau I).

Per quantificar demogràficament les persones grans fràgils, la Conselleria ha utilitzat com a font l'*Enquesta de Salut de les Illes Balears* i ha pres l'edat, la limitació en les ABVD i la valoració de l'estat de salut com a variables determinants. Ha considerat que són persones grans fràgils totes les que tenen vuitanta-cinc anys i que no tenen limitacions per fer les ABVD, i les que en tenen més de seixanta-cinc i menys de vuitanta-cinc, que no tenen limitacions en les ABVD, però que valoren el seu estat de salut com a dolent o molt dolent. Les percepcions subjectives de l'estat de salut proporcionen un indicador simple i directe de l'estat de salut global, que captura malalties i altres símptomes relacionats amb el malestar psicològic i les perspectives de millora o empitjorament que té la persona afectada; és considerat un bon indicador de risc.

En el cas de les persones amb dependència lleu, hom ha considerat una bona dada per quantificar-ne la prevalença el nombre de persones grans que s'han fet la valoració de la dependència (i que, per tant, es reconeixen a si mateixes en situació de dependència), però que no han assolit la puntuació mínima necessària per obtenir el reconeixement del primer grau de dependència que reconeix la llei.

Prenent aquestes fonts de dades com a referència, han estat calculades les prevalences actuals per a cada un dels perfils de necessitat, tal com està recollit al quadre 1:

Perfils	Prevalença respecte població >65 anys (%)
Autònoms fràgils	5,01
Dependència lleu	2,09
Dependència moderada	5,45
Dependència severa	2,96
Gran dependència	2,61
Demència amb dependència severa	1,93
Demència amb gran dependència	3,39
Total	23,44

Per projectar aquestes prevalences en un escenari futur, hom pot adoptar hipòtesis diverses sobre l'evolució de l'esperança de vida lliure de dependència. Les anàlisis sobre el fenomen de la compressió de la morbiditat han demostrat que millorar el control dels factors de risc¹ i que la població tingui uns hàbits més saludables incideixen a disminuir les prevalences de la dependència.² Atès que hi ha manca de consens internacional al respecte, aquest exercici de planificació ha optat per mantenir les prevalences constants al llarg del temps.

L'aplicació d'aquestes prevalences a les estimacions de població que fa l'INE per a les Illes Balears, en l'horitzó temporal del 2015, ens facilita la proporció de població de més de seixanta-cinc anys amb necessitats socials que caldrà atendre en aquest període.

Casos esperats		
Persones majors	Població 2010	Població 2015
Autònoms fràgils	7.488	8.486
Dependència lleu	3.124	3.540
Dependència moderada	8.145	9.231
Dependència severa	4.424	5.014
Gran dependència	3.901	4.421
Demència amb dependència severa	2.884	3.269
Demència amb gran dependència	5.066	5.742
Total	35.032	39.702

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

¹ Pérez J. «Democratización de la supervivencia y nuevos modelos de vida». [Hi hem accedit el 18 de març de 2010]. El text d'aquesta conferència està disponible al web: <http://www.ieg.csic.es/jperez/pags/Temas/MuseoC_Video.htm>.

² Freedman, V. A.; Schoeni, R. F.; Martin, L. G.; Corman, J. (2007). «Chronic conditions and the decline in Late-Life Disability». *Demography* 44 (3), pàg. 459-477. Trends Working Paper. Series 06-5. [Hi hem accedit el 18 de març de 2010]. Text disponible al web: <<http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/tr06-5.pdf>>.

3. L'anàlisi de necessitats socials

En el marc de la planificació dels recursos del sistema públic de serveis socials per atendre les persones grans amb dependència en el període 2010-2015, la Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració ha fet un estudi qualitatiu per disposar d'informació sobre la manera com els professionals de l'atenció social, les persones grans i els familiars valoren les seves necessitats socials, i quina consideren que és la millor manera d'atendre-les.

La conselleria va organitzar dos tallers participatius, el 27 de novembre de 2009; en un hi participaren persones grans amb dependència i els familiars, i en l'altre, tècnics i professionals de l'atenció social; en total, vint-i-una persones. Les sessions de treball varen ser plantejades per separat per evitar que hi hagués interferències entre les persones afectades i els professionals del sector.

La selecció dels participants es va fer intentant cercar una representació plural, des d'un punt de vista territorial, dels serveis utilitzats pels usuaris/es i els familiars, de la naturalesa de la problemàtica de les persones afectades i de la formació i experiència dels professionals.

La relació de necessitats que hem identificat en aquest treball no pretén ser exhaustiva ni substituir altres estudis existents. L'objectiu és simplement recollir un conjunt d'opinions i de percepcions manifestades a través de l'experiència i el coneixement, amb la finalitat de contribuir a millorar les polítiques d'atenció a les persones grans amb dependència que es duquin a terme en els pròxims anys a les Illes Balears.

3.1. Un model d'atenció nou

Un dels reptes principals als quals s'enfronta l'atenció sociosanitària actualment i en la majoria dels països d'Europa és la manera com ha de fer la transició d'un model de provisió de serveis, centrat en els aspectes més relacionats amb l'atenció a les necessitats funcionals de les persones, a un model centrat en l'increment de la qualitat de vida de les persones amb dependència.

El concepte de qualitat de vida és ampli i ambigu i ha generat moltes definicions. La més acceptada és la que va fer l'Organització Mundial de la Salut,³ que defineix la qualitat de vida com: «la percepció de l'individu de la seva posició en la vida, en el context de la cultura i sistema de valors en els quals viu i en relació amb els seus objectius, expectatives, estàndards i preocupacions». És un concepte ampli que incorpora la salut física de la persona, l'estat psicològic, el nivell d'independència, les relacions socials, l'ambient i les creences personals.

³ World Health Organization. *Report of WHOQOL. Focus Group Work*. Geneva: WHO (MNH/PSF/93.9) 1993b.

El concepte de qualitat de vida s'ha traduït, entre d'altres, en la defensa de la personalització dels serveis i la llibertat d'elecció dels usuaris/es, en un model d'atenció que respecti la identitat pròpia de cada persona i les seves preferències.

Els participants en els tallers varen proposar aquest marc de reflexió i varen defensar que és necessari modificar el model d'atenció a les persones grans amb dependència.

En concret, varen plantejar quatre qüestions:

- La necessitat de flexibilitzar el model de provisió de serveis actual perquè es puguin adaptar a les característiques de cada usuari (preferències, trajectòria de vida, entorn personal, etc.).
- La necessitat de redefinir el model d'atenció en els centres residencials, caracteritzats fins ara per la rigidesa i la uniformitat en les atencions, la despersonalització i la distància respecte de la comunitat. Hom planteja que és necessari passar d'un «model d'institucionalització» a un altre de més semblant a una llar. Aquest canvi de model implica aspectes materials i no materials, des de la dimensió dels centres, la disponibilitat d'habitacions individuals i objectes personals dels residents, a l'atenció a les característiques personals dels usuaris, l'increment de la seva capacitat d'elecció, de les relacions amb la comunitat, etc.
- La necessitat de prestar més atenció als serveis de prevenció i rehabilitació, ja que contribueixen d'una manera decisiva a augmentar la qualitat de vida de les persones grans, perquè endarrerix l'aparició de limitacions funcionals i de situacions de dependència. Un document recent de la Comissió Europea⁴ reconeix que a molts països de la Unió aquest tipus de serveis encara estan poc desenvolupats i subratlla les dificultats que tenen les persones grans per accedir-hi: problemes de mobilitat, manca de formació en geriatria per part dels professionals de la salut, les barreres que imposa la normativa en alguns països, on l'àmbit de treball queda restringit a fisioterapeutes i terapeutes ocupacionals i, fins i tot, la barrera que implica que les persones grans hagin de superar la manca de confiança en l'efectivitat d'aquests serveis.
- La necessitat d'atendre les situacions de solitud i d'estimació de les persones grans. Un estudi de l'IMSERSO⁵ assenyalava que entre el 10% i el 14% de les persones grans afirmen que sovint se senten soles, i al voltant d'una tercera part afirmen que s'hi senten de manera ocasional. Els trastorns depressius i d'angoixa són els trastorns psiquiàtrics més freqüents en les persones grans. A principis d'aquest segle, l'Organització Mundial de

⁴ European Centre for Social Welfare Policy and Research (2009). *Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*. Vienna, august 2009.

⁵ CIS-IMSERSO (2000). *La soledad de las personas mayores. Boletín sobre el envejecimiento*. Madrid: IMSERSO.

la Salut alertava ja dels riscos que podien suposar els trastorns psiquiàtrics com a causa de discapacitat i posava un èmfasi especial en l'efecte d'aquests trastorns en les persones d'edat avançada. La vellesa és, probablement, l'època de més fragilitat afectiva del ser humà. Als canvis neurològics que amb freqüència acompanyen l'envelliment cerebral s'hi afegeixen altres factors de tipus psicosocial molt comuns en les persones grans i que poden facilitar l'aparició de la solitud i de sentiments depressius, com la manca de relacions familiars satisfactòries, la pèrdua de sers estimats, la pèrdua progressiva de rol social, el descens de la participació en activitats socials, etc.

3.2. Potenciar les actuacions en l'entorn domiciliari i comunitari

Durant molt de temps, el model d'atenció residencial era el model amb què la societat atenia les persones vulnerables i les que tenien dependència.

Els darrers anys ha estat molt qüestionat si aquest model és la millor opció per atendre aquestes persones. En general, els estudis mostren que hi ha més bons resultats en l'atenció, en termes de salut i longevitat, i nivells més elevats de satisfacció personal dels usuaris/es en els models d'atenció comunitaris. Malgrat això, la Comissió Europea afirma que, encara que «els serveis comunitaris ofereixen, en general, més bons resultats en termes de qualitat de vida per a les persones amb dependència que els models d'atenció residencial, aquests serveis, per si sols, no són garantia suficient per obtenir uns resultats més bons».⁶

3.2.1. Els serveis d'atenció domiciliària

Potenciar els serveis d'atenció domiciliària és imprescindible si hom vol afavorir la permanència de les persones amb dependència en l'entorn comunitari.

En aquest sentit, els participants en els tallers varen plantejar, d'una banda, que era necessari evolucionar envers un ventall més ampli de serveis que cobreixin tot tipus de suport que una persona amb dependència pugui requerir en la vida quotidiana, des de l'ajuda en el manteniment de la llar, a un servei de petites reparacions domèstiques, servei de menjar a domicili, de podologia, de rehabilitació i manteniment físic, etc. I, d'altra banda, la necessitat d'augmentar la intensitat del servei que és ofert actualment a les Illes Balears. L'any 2009 es varen prestar 563.493 hores d'atenció domiciliària al conjunt de les Illes Balears i a un total de 3.868 persones. Aquestes xifres representen una mitjana de 2,8 hores setmanals per usuari/a.

⁶ European Commission (2003). *Included in Society. Results and Recommendations of the European Research Initiatives on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People.*

3.2.2. L'adaptabilitat de les llars

Les estadístiques⁷ mostren que aproximadament una tercera part de les persones de més de seixanta-cinc anys pateixen una caiguda a l'any, percentatge que s'eleva al 50% en les persones de més de vuitanta-cinc anys. Aproximadament, la meitat d'aquestes caigudes es produeixen en l'entorn domiciliari. Entre el 20% i el 30% de les persones grans que cauen pateixen alguna lesió que els redueix la mobilitat i el 6% pateixen alguna fractura, que els ocasiona una gran discapacitat i dependència. Tampoc no n'hem d'oblidar les conseqüències psicològiques, ja que la majoria de les persones que han caigut tenen por de patir un altre accident; aquesta síndrome és la síndrome postcaiguda.

Davant aquesta realitat, les adaptacions a la llar per fer-la més segura i més còmoda per a la vida quotidiana de les persones grans són una mesura preventiva important.

Les persones grans varen manifestar que necessitaven més informació sobre aquestes mesures, assessorament especialitzat per aplicar-les a la llar i ajudes econòmiques en els casos en què adaptar la llar representi una despesa econòmica important per a la unitat familiar.

3.2.3. Els habitatges amb serveis

Els habitatges amb serveis constitueixen una passa intermèdia entre el domicili i la residència. Aquest tipus d'habitatges ofereixen un entorn adaptat i uns serveis comuns que permeten que les persones grans continuïn vivint en un entorn comunitari. A més, proporcionen a les persones grans més oportunitats per a la interacció social. La importància de les relacions socials i el suport comunitari per al benestar de les persones grans estan àmpliament documentats. Un estudi recent fet als Estats Units mostra, a més, que les relacions establertes per les persones grans en aquests tipus d'habitatges esdevenen més importants per al seu benestar emocional que les relacions anteriors.⁸

Els habitatges adaptats estan força desenvolupats en alguns països europeus i als Estats Units, i hi ha varietat d'alternatives. Desenvolupar aquests tipus d'equipaments aquí, però, encara és una assignatura pendent.

7 Salvà, Antoni. (2008). «Epidemiologia de les caigudes en les persones grans». Treball presentat a les III Jornades Multidisciplinàries Catalanes de Residències de Gent Gran. Barcelona: Bellaterra, novembre.

8 Street, D. [et al.] (2007). *The salience of social relationships for resident well-being in assisted living*. Journals of Gerontology: Series B. Vol. 62 B (núm. 2).

3.2.4. Mobilitat

Una part de les persones grans amb dependència que viuen en el seu domicili demanen ajuda per desplaçar-se amb seguretat en l'entorn comunitari. Disposar d'aquesta ajuda pot ser un factor clau per a la seva integració social efectiva.

Estendre el transport adaptat i desenvolupar un servei d'acompanyament per fer gestions diverses (compres, visites al metge, gestions administratives, etc.) són dues mesures que han estat plantejades com a necessàries en aquest àmbit.

3.2.5. Les xarxes comunitàries

Finalment, en la potenciació de la permanència de les persones grans amb dependència en l'entorn comunitari, hom planteja una darrera línia d'actuació, que consisteix a construir xarxes comunitàries. Millorar les condicions per permetre que les persones grans puguin viure a casa seva no implica solament atendre les seves necessitats individuals: les persones grans viuen en comunitats i les comunitats són un recurs essencial per proporcionar qualitat de vida.

Construir xarxes comunitàries implica un conjunt d'iniciatives diverses que van des de redefinir els serveis generals des d'una perspectiva universal per facilitar-hi l'accés de les persones grans; oferir-los més oportunitats perquè s'impliquin en la vida comunitària, o definir mecanismes de relació entre els serveis i recursos existents en la comunitat (farmàcies, comerços, serveis socials de base, etc.) per establir mecanismes de supervisió i suport per a les persones grans fràgils. Establir d'una manera efectiva aquest tipus de relacions implica un canvi important en la manera de treballar dels serveis socials i un lideratge necessari des de l'entorn institucional.

3.3. Millorar l'atenció residencial

Malgrat el consens generalitzat que és necessari potenciar l'atenció comunitària en detriment de la residencial, hem de tenir en compte que aquella no sempre és el recurs millor per a tot tipus de persones amb dependència, sinó que, en alguns casos, l'atenció residencial continua sent la més apropiada.

Més enllà de la caracterització tradicional de l'atenció residencial com a «model d'institucionalització», la qualitat del sector residencial ha estat qüestionat en moltes ocasions i constitueix un tema de preocupació per als usuaris, familiars i decisors públics.

En els tallers organitzats, varen ser identificats tres aspectes clau relacionats amb la qualitat del sector residencial. Dos d'aquests aspectes fan referència a qüestions sobre els recursos humans: els d'atenció sociosanitària són serveis intensius en recursos humans, ja

que hi destinen aproximadament el 80% del pressupost, i, per tant, és lògic que siguin clau en la qualitat d'aquests serveis.

La primera qüestió que va ser plantejada va ser la manca de personal en els centres. L'existència d'equips inadequats, ja sigui numèricament o per la composició dels perfils professionals, té conseqüències directes en la qualitat de l'atenció.

La normativa que regula les ràtios de personal de les residències a les Illes Balears és el Decret 123/2001, de 19 d'octubre, de definició i regulació de les condicions mínimes d'obertura i de funcionament dels centres i serveis per a persones grans, tant públics com privats. Hom considera que és necessari actualitzar aquesta normativa per recollir els canvis que han esdevingut els darrers anys, tant en els perfils de les persones que accedeixen a aquest servei com en els requeriments, més amplis i més complexos, del model d'atenció.

Això a banda, l'atenció a persones amb dependència és un sector en què hi ha nivells elevats de baixes de personal i de taxes de rotació, per tant, la gestió d'aquests aspectes és clau per al funcionament dels centres. La major part dels estudis assenyalen que les causes principals són les càrregues de treball elevades, el desànim i la manca de formació.

La manca de formació del personal prové, d'una banda, de l'augment de la complexitat de la situació de les persones que actualment estan en els centres residencials, la qual cosa requereix més coneixements tècnics i habilitats per atendre-les correctament.

Probablement, el fet que la major part dels treballadors del sector no estiguin satisfets amb les condicions de treball ni amb els convenis salarials i que considerin que la seva feina està poc valorada incideix en aquest sentit.

A més, augmenten les dificultats per trobar personal disponible per treballar en el sector, característica que és comuna a altres països d'Europa i que ha esdevingut un dels reptes del sector per als anys que vénen.

Per últim, també és necessari millorar els controls de qualitat que es practiquen en els centres. Els qui participaren en els tallers varen considerar que els controls de qualitat se centren massa en els aspectes procedimentals de l'atenció i que, en canvi, haurien de donar més importància a indicadors que mesurin l'efectivitat de les intervencions, la qualitat de vida i la satisfacció dels usuaris/es dels serveis.

3.4. L'atenció a les persones afectades per demències

La prevalença de les demències augmenta amb l'edat i es duplica aproximadament en cada grup d'edat quinquennal: d'un 1,5%, en el grup d'edat comprès entre els

seixanta-cinc i seixanta-nou anys, a pràcticament un 25%, en les persones de més de vuitanta-cinc anys.⁹

La intensitat dels recursos necessaris per atendre les persones que pateixen demència, especialment en les fases més avançades de la malaltia, i les dificultats que pot implicar el fet que visquin amb altres persones grans expliquen el debat que hi ha actualment sobre el model d'atenció més adequat. La qüestió principal que és plantejada és si l'atenció a les persones que pateixen una demència és més efectiva si és duta a terme en un model integrat, amb altres persones grans que no pateixen la malaltia, o en un model especialitzat per a persones amb aquestes característiques.

La recerca en el camp de les demències, sigui en l'àmbit de la prevenció, del tractament o de l'atenció, té encara un ampli camp per recórrer els pròxims anys.

3.5. Potenciar les actuacions preventives

L'augment, els darrers anys, del nombre de persones grans en situació de dependència (que és motivat, principalment, per l'augment de l'esperança de vida i l'envelliment de les poblacions) ha fet remarcar la importància de les actuacions preventives com a mecanisme per reduir l'aparició de la dependència o endarrerir-la.

El concepte d'actuacions preventives engloba un conjunt divers que va des d'activitats de promoció de la salut a d'altres que estan més relacionades amb la promoció de l'envelliment actiu i la promoció de la interrelació personal, o actuacions relacionades amb les condicions socioeconòmiques de les persones grans.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència reconeix, en el catàleg de serveis que han de ser desenvolupats de manera prioritària, els serveis de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia personal. L'article 21 de la Llei defineix aquests serveis en els termes següents: «Tenen la finalitat de prevenir l'aparició o l'agreujament de malalties o discapacitats i les seqüeles, mitjançant el desenvolupament coordinat entre els serveis socials i de salut, actuacions de promoció de condicions de vida saludables, programes específics de caràcter preventiu i de rehabilitació dirigits a persones grans, persones amb discapacitat i persones afectades per processos complexos d'hospitalització». El mateix article estableix que el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència haurà d'acordar els criteris, recomanacions i condicions mínimes que hauran de complir els plans de prevenció de les comunitats autònomes. Fins ara, aquests criteris no

⁹ Ferri, C. L. [et al.] (2005). *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. The Lancet. Vol. 366.

han estat acordats i, en general, els serveis de prevenció encara estan poc desenvolupats a la majoria de les comunitats autònomes espanyoles.

En el marc de les actuacions preventives, la necessitat de definir dispositius que permetin les administracions detectar les persones grans en situació de fragilitat —les quals moltes vegades no tenen contacte amb els serveis socials— és també un dels reptes principals de l'atenció a la dependència.

3.6. Enfortir l'espai sociosanitari

L'augment de l'esperança de vida i de la prevalença de malalties cròniques té una correlació important amb les situacions de dependència, i això evidencia que és necessari disposar d'un model assistencial que coordini l'atenció social i sanitària per poder atendre adequadament la persona. Tot i que l'atenció sociosanitària admet persones de qualsevol edat, les persones grans són les que consumeixen el percentatge més elevat de l'activitat assistencial.

Malgrat això, coordinar l'atenció social i sanitària és una tasca complexa i actualment és un dels reptes principals en l'atenció a la dependència.¹⁰ La mateixa fragmentació interna del sistema sanitari i del sistema social, la varietat de proveïdors i les diferències en la cultura i en la gestió d'ambdós sistemes en són alguns dels obstacles principals.

L'atenció sociosanitària en l'àmbit espanyol és reconeguda a l'article 14 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut, però ha tingut un desenvolupament efectiu molt baix.

En el cas de les Illes Balears, l'any 2003, el Servei de Salut va elaborar el Pla sociosanitari de les Illes Balears i cada Consell insular ha desenvolupat també el seu pla propi. En relació amb aquest punt, les persones que participaren en els tallers de treball varen destacar, d'una banda, que és necessari augmentar el nombre de places existents en els recursos específics d'atenció sociosanitària i, de l'altra, estendre la coordinació sociosanitària a tots els processos d'atenció a les persones grans.

3.7. L'atenció als cuidadors/es informals

Els cuidadors/es informals proveeixen la major part de l'atenció que reben les persones grans a Europa, aproximadament el 80% del total de l'atenció, independentment de la quantitat de serveis formals que tinguin disponibles les persones grans a cada país.

¹⁰ Carrillo, E.; Cervera, M.; Gil, V.; Rueda, Y. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Antares Consulting, S.A. Extret dia 10 de juny de 2010 del web: <<http://www.antares-consulting.com/content/update/publicaciones/documentos/pdf2.pdf>>.

Els serveis formals actuen més com a complement en l'atenció que com a substituïts de l'atenció informal.

Això a banda, de cada vegada hom és més conscient de les repercussions que provoca en les persones cuidadores l'activitat de cuidar: canvis en la situació laboral i econòmica, en la disponibilitat de temps lliure, conflictes en les relacions familiars, un estat de salut pitjor, cansament, fatiga, angoixa, canvis en l'estat d'ànim, etc.

Les persones cuidadores són majoritàriament dones i tenen més de cinquanta anys; un 20% en tenen més de seixanta-cinc.¹¹ L'impacte que l'activitat de cuidar pot tenir en una persona gran, ja de per sí fràgil, més vulnerable a les repercussions físiques i psíquiques, pot ser encara més significatiu. Per això, és important disposar dels mecanismes adients per identificar aquests cuidadors/es fràgils i oferir-los els serveis necessaris que els ajudin a minimitzar l'impacte que l'activitat de cuidar pot provocar-los en la salut.

Davant d'aquesta situació, les administracions han desenvolupat alguns serveis d'atenció a les persones cuidadores: serveis de respir, d'informació, formació i assessorament, serveis de suport psicològic, grups d'autoajuda, etc.

Les persones cuidadores que varen assistir als tallers varen valorar molt positivament aquests serveis, però en millorarien la proximitat en el territori i la flexibilitat en les maneres de proveir els serveis (ampliar els horaris dels centres de dia; no establir durades mínimes i màximes en les estades de respir; disposar de serveis de respir de cap de setmana i de respir domiciliari; estendre el servei de suport psicològic també a les famílies que decideixen dur els familiars a una residència, etc.).

3.8. Millorar la informació per a les persones grans i llurs famílies

Disposar d'informació moltes vegades és la porta d'accés als serveis i a les ajudes disponibles. En el cas de les persones grans amb dependència, poder accedir a aquesta informació encara és més important, atès que aquests serveis poden ajudar a millorar de manera substancial la seva qualitat de vida. Això a banda, les persones grans demanen no solament informació, sinó també assessorament i suport personalitzat.

És necessari, doncs, desenvolupar sistemes d'informació, assessorament i de suport, que facilitin l'accessibilitat de les persones grans als serveis que els poden ajudar a millorar la seva situació i/o prevenir l'aparició de situacions de dependència o endarrerir-la.

¹¹ Rogero-García J. (2009). «Distribución del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia». *Revista Española de Salud Pública* 83, pàg. 393-405.

4. La planificació de serveis socials per a persones grans

Planificar tots els serveis socials i socio-sanitaris per cobrir les necessitats d'una població és una de les decisions que té més implicacions i més impacte i que han de prendre els poders públics.

La planificació correcta és l'única manera d'assegurar una provisió de serveis eficaç que respongui d'una manera adequada i eficient a les necessitats de les persones, i que asseguri una utilització òptima dels recursos, que normalment són limitats.

La planificació de serveis sempre és un repte per a les organitzacions perquè implica:

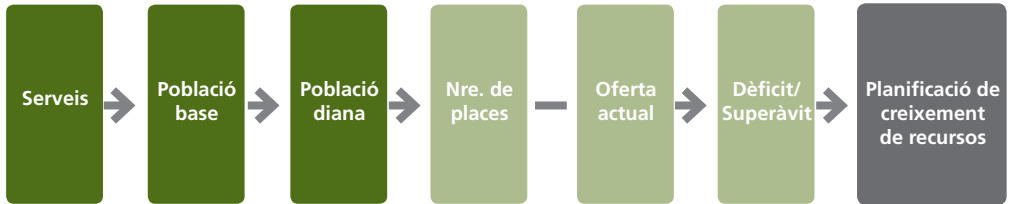
- L'organització i la gestió global d'un conjunt important d'informació. Aquest punt pren importància especialment en l'àmbit dels serveis socials, que en general està caracteritzat per disposar d'informació poc estructurada i poc sistematitzada.
- La territorialització de serveis per assegurar una cobertura homogènia en tot el territori.
- La capacitat de definir i explicar els criteris que justifiquin la planificació. Es passa de planificar a partir d'un creixement de cobertures a definir uns criteris en funció de la manera com les persones volen ser ateses; per exemple, si preval el servei domiciliari per sobre del residencial, o si els cuidadors informals tenen un paper principal en l'atenció a les persones grans amb dependència.

Segons la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, correspon a l'Administració Autònoma de les Illes Balears la planificació general dels serveis socials en col·laboració amb els consells insulars.

Aquest nou marc legal vigent a les Illes dona lloc a un canvi de paradigma en els plantejaments fets avui i posa l'èmfasi més important a aconseguir una oferta flexible i adaptable a les necessitats de cadascú i als entorns diferents en què estan les persones.

La planificació tradicional —molt present encara a la majoria de les comunitats autònomes d'Espanya— és un procés centrat en l'oferta de recursos que s'han d'assolir per cobrir una demanda teòrica. Com podem observar a la figura 2, el procés parteix dels serveis disponibles i de la població beneficiària del col·lectiu objecte de la planificació; en el nostre cas, les persones grans.

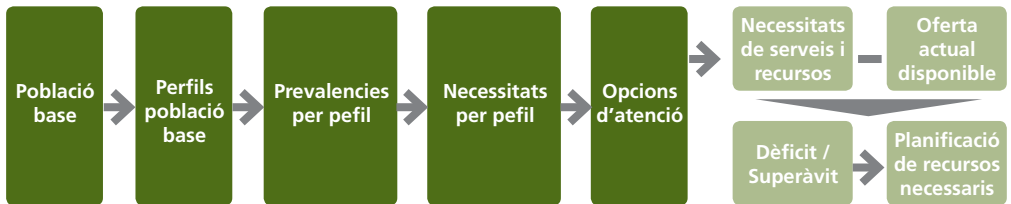
La planificació és el resultat del dèficit o superàvit de places que resulta de restar el nombre de places necessàries per al col·lectiu de referència i l'oferta actual disponible al territori.



La lògica d'aquest procés és modificada quan les necessitats de les persones i les seves voluntats passen a ser el centre del sistema, més enllà d'unes cobertures que vulgui assolir.

En aquest plantejament nou, identificar les necessitats de suport que requereixen els qui necessiten els serveis socials és la fase inicial d'un procés que és completat amb la definició de les opcions d'atenció, per cobrir-les a partir de la prestació, en alguns casos combinada amb els serveis possibles, i de la concreció consegüent dels recursos necessaris per produir-los.

El procés segueix l'esquema següent:



4.1. La cartera de serveis socials

Aquesta manera nova de planificar condiona les carteres de serveis noves. Actualment, les carteres de serveis esdevenen un model més rígid, el punt de partida de les quals són els serveis i recursos (centres residencials, diürns, etc.), que inclouen serveis comuns per a cada establiment, intensitat dels serveis globals per a grans perfils, a més d'un ventall molt divers de situacions i una plantilla de professionals genèrica per a cada tipus de centre.

La manera nova de planificar implica canvis en la cartera de serveis perquè duu implícit un model nou de plantejar l'oferta. Amb la lògica de planificar situant la persona i les seves necessitats i voluntats en el centre del sistema, la cartera de serveis social és estructurada a partir dels serveis per a cada àmbit de necessitat. El servei és el que es presta en els diversos àmbits i recursos disponibles:

- Comunitari: quan el servei és prestat des d'una dependència o d'un equipament comunitari; per exemple, els serveis bàsics d'atenció social o el servei de transport adaptat.

- **Domiciliari:** quan el servei és prestat en un entorn domiciliari, com el servei d'ajuda a domicili, ja sigui en el particular de la persona o en d'altres que disposin de serveis comuns.
- **Residencial:** quan el servei és prestat en un àmbit residencial, bàsicament en una residència assistida, però també en un hospital de dia o en un centre de llarga estada.
- **Diürn:** quan el servei és prestat en un centre d'atenció especialitzada i en règim diürn, com els centres de dia, els centres ocupacionals i altres establiments de règim diürn.

Així, la cartera nova és plantejada com un model, que parteix de la persona i les seves necessitats; ofereix serveis particulars per a cada necessitat i cada perfil; deixa lloc que les persones triïn la intensitat dels serveis específica per a cada perfil i situació, i que disposa d'una plantilla de professionals concreta (hores de professional per perfil).

El plantejament nou de la cartera de serveis implica fer evolucionar d'una manera molt important la lògica de la planificació actual, ja que passa del concepte de recurs al de servei de suport. Aquesta evolució permet donar una resposta més adequada a les necessitats específiques de cada persona i que les seves opcions de vida i les característiques de l'entorn en què viu siguin respectades.

4.2. La metodologia *Balance of Care*

El *Balance of Care* (<http://www.balanceofcare.co.uk>) és un model dinàmic de planificació de serveis que va començar a ser desenvolupat els anys vuitanta a la Gran Bretanya. Aquest model ha estat implantat en experiències diverses al Regne Unit, Suïssa, Canadà i Espanya, i en tots els casos ha tingut èxit. Concretament a Espanya, Antares Consulting (<http://www.antares-consulting.com>) té l'exclusiva d'ús i desenvolupament d'aquesta metodologia i l'ha implantat en alguns projectes a Extremadura, Castella i Lleó, Guipúscoa, Catalunya, Aragó, Illes Balears i, fora d'Espanya, a Andorra i Suïssa. A més, ha desenvolupat una eina específica per planificar, la PODA® (Planificació i Optimització Dinàmica Assistencial).

Un dels avantatges principals de la PODA® és que permet recollir d'una manera constant els canvis que es produeixen en les dades en què està basada la planificació, la qual cosa aconsegueix fer una planificació dinàmica que s'adapta als canvis de l'entorn. Una planificació dinàmica permet visualitzar ràpidament la manera com impacta una situació nova en la planificació i permet prendre les decisions adequades per adaptar-la a l'escenari nou.

Per identificar i planificar els serveis necessaris, el model parteix de les necessitats de les persones que cal atendre i de la consideració de la diversitat de maneres de proveir els suports que necessiten aquestes persones.

La planificació amb aquesta metodologia és aplicada, en primer lloc, a partir de la identificació de les necessitats de les persones que han de ser ateses, tal com detallam a l'apartat 2. Parteix de l'agrupació de les persones en un conjunt de perfils que són determinats segons les necessitats de suport que presenten, tenint en compte tant la situació personal com la de l'entorn de cadascú (amb suport familiar/comunitari o sense cap mena de suport). Posteriorment, són calculades les prevalences de cada perfil en el conjunt de la població de persones grans per poder concretar el nombre de persones objectes de ser beneficiàries de serveis durant el període de la planificació.

A partir d'aquests perfils, hom concreta les alternatives d'atenció possibles, tenint en compte la tipologia dels serveis, la intensitat de la prestació i una sèrie de variables que determinaran el model d'atenció que vol prestar: el suport social del beneficiari, el territori on viu —és important per garantir l'equitat i homogeneïtat territorials de la planificació—, les preferències manifestes pels usuaris i les polítiques d'atenció; és a dir, criteris de la planificació que assumeixi l'Administració que té competències al respecte, que en el nostre cas és el Govern de les Illes Balears.

Tenint en compte les opcions d'atenció possibles per a cada necessitat, l'oferta actual de recursos i les possibilitats de finançament existents (públic i privat), el model permet definir escenaris de futur diversos a partir de la quantificació dels recursos necessaris que han de ser promoguts i, per tant, de l'avaluació la seva factibilitat. Aquesta última passa és pròpiament el resultat de la planificació.

Aquesta manera nova de planificar trenca la separació que ha existit tradicionalment en la prestació de serveis socials entre l'oferta i la demanda i engloba aspectes quantitius (càlcul de prevalences i quantificació de serveis) i aspectes més qualitius (models d'atenció, maneres de provisió de serveis, qualitat de vida i satisfacció dels usuaris/es).

La Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració farà públic el resultat de la planificació —en el qual encara treballa al tancament d'aquesta edició (juny de 2010)— per aconseguir que s'adapti a les necessitats expressades pels usuaris, familiars i professionals i les tingui en compte, i els recursos disponibles.

Referències bibliogràfiques

Carrillo, E.; Cervera, M.; Gil, V.; Rueda, Y. (2010). *Claves para la construcción del espacio sociosanitario en España*. Barcelona: Antares Consulting, S.A. <<http://www.antares-consulting.com/content/update/publicaciones/documentos/pdf2.pdf>>

Pérez, J. (2010). *Democratización de la supervivencia y nuevos modelos de vida*. <http://www.ieg.csic.es/jperez/pags/Temas/MuseoC_Video.htm> [consultat el 18 de març de 2010].

Centro de Investigaciones Sociológicas; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2000). «La soledad de las personas mayores». *Boletín del Envejecimiento* (3). Madrid: IMSERSO

European Commission (2003). *Included in Society. Results and Recommendations of the European Research Initiatives on Community-Based Residential Alternatives for Disabled People*. Brussel·les: European Comission.

Ferri, C. (2005). «Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study». *The Lancet* 366. [consultat dia 15 de juny de 2010].

Freedman, V. A.; Schoeni, R. F.; Martin, L. G.; Corman, J. (2007). «Chronic conditions and the decline in Late-Life Disability». *Demography* 44 (3), pàg. 459-477. <<http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/tr06-5.pdf>> [Consultat el 18 de març 2010].

Marin, B.; Leichsenring, K.; Rodrigues, R.; Huber, M. (2009). *Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*.

Rogero-García, J. (2009). «Distribución del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia». *Revista Española de Salud Pública* 83, pàg. 393-405.

Salvà, A. (2008). «Epidemiologia de les caigudes en les persones grans». Treball presentat a les III Jornades Multidisciplinàries Catalanes de Residències de Gent Gran, novembre. Barcelona: Bellaterra.

Street, D. (2007). «The salience of social relationships for resident well-being in assisted living». *Journals of Gerontology* 2 (62B).

Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research.

World Health Organization (1993). *Report of WHOQOL. Focus Group Work*. Geneva: WHO (MNH/PSF/93.9).

Autores

NÚRIA MASANA NAVARRO

Barcelona, 1975. Llicenciada en Ciències Polítiques per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster en Polítiques Socials per la Universitat Pompeu Fabra conjuntament amb la Universitat Johns Hopkins.

Actualment, desenvolupa la tasca professional com a consultora sènior a Antares Consulting, que està especialitzada en projectes d'atenció sociosanitària i, en concret, en la planificació de serveis. Anteriorment, havia treballat sis anys a l'Ajuntament de Barcelona com a tècnica de Serveis Socials.

YOLANDA RUEDA FALCÓN

Mataró (Barcelona), 1974. Llicenciada en Investigació i Tècniques de Mercat, diplomada en Estadística i màster de comerç electrònic. Actualment, és manager de la Unitat Social i Sociosanitària d'Antares Consulting (<http://www.atares-consulting.com>), empresa de consultoria especialitzada en salut, ciències de la vida i serveis socials i sociosanitaris. En el camp dels serveis socials i sociosanitaris, està especialitzada en la planificació estratègica de serveis, el disseny de polítiques, l'anàlisi de la utilització i eficiència d'organitzacions, de prestacions i serveis, i en l'organització, avaluació i impacte de serveis. En el camp de les entitats sense afany de lucre, és especialista en la gestió d'entitats i en la captació de fons públics i privats, tant en l'àmbit estatal com en l'europeu. Des de 2006, col·labora també com a vocal del Patronat de la Fundación Signo (<http://www.fundacionsigno.com>). Ha estat la directora general de la Federación Española de Parkinson (2003-2007) i membre del patronat de la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas (2005-2007).

