

Observatori de la cooperació publicoprivada en l'atenció a la dependència

- El Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la província de Barcelona. Eficiència, innovació i treball en xarxa amb els serveis socials municipals
- Els Equips d'Atenció Residencial. Un model de prestació d'atenció primària de salut a les residències de gent gran de Barcelona

Raúl Gutiérrez

Estudi promogut per:



PROGRAMA **PARTNERS**

Observatori de la cooperació publicoprivada en l'atenció a la dependència

El Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la província de Barcelona. Eficiència, innovació i treball en xarxa amb els serveis socials municipals

Els Equips d'Atenció Residencial. Un model de prestació d'Atenció Primària de salut a les residències de gent gran de Barcelona

Programa PARTNERS

Director: Albert Serra

Directora associada: Mònica Reig

Editors:

Albert Serra

Mònica Reig

Observatori de la cooperació publicoprivada en l'atenció a la dependència Barcelona, núm. 9.

© 2013 ESADE. Av. de Pedralbes, 60-62
08034 Barcelona

ISBN: 978-84-88971-75-3

La sèrie de Relats Programa PARTNERS és una col·lecció de textos sobre cooperació publicoprivada de l'Institut de Governança i Direcció Pública (IGDP).

www.esade.edu/igdp

Dipòsit legal B-13872-2013

Sumari

Pròleg	5
Cinta Pascual	
Introducció	7
Albert Serra i Mònica Reig	
1. El Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la província de Barcelona. Eficiència, innovació i treball en xarxa amb els serveis socials municipals	13
Introducció	13
Què és la teleassistència?	14
El punt de partida	16
El conveni amb l'Imserso: oportunitat per créixer i per canviar de model	17
Televida, l'empresa prestadora	18
Primera fase: disseny del servei i establiment d'un model propi	19
Gestió operativa i cartera de serveis	25
Segona fase: consolidació i creixement	29
La retirada de l'Imserso i el nou concurs	32
Fase actual i futur: qualitat i innovació	34
Les relacions entre els socis i la col·laboració publicoprivada	39
2. Els Equips d'Atenció Residencial. Un model de prestació d'atenció primària de salut a les residències de gent gran de Barcelona	41
Introducció	41
L'origen del programa: factors de context	42
Missió i línies de servei dels EAR	46
Els actors	48
Primera fase: planificació i prova pilot	51
Segona fase: expansió i consolidació	54

Un nou marc estratègic: El Pla de salut i el Programa de cronicitat	54
Els resultats	56
Factors crítics i claus de l'èxit de la col·laboració	57
Valoració de l'experiència i de la col·laboració publicoprivada per part dels actors	61
Els reptes de futur	63
Epíleg	65

Pròleg

Amb l'objectiu de millorar els coneixements i la capacitat en els àmbits del desenvolupament i la gestió de la cooperació entre les institucions públiques, l'any 2011, l'ACRA, patronal d'empreses i d'entitats de recursos assistencials per a gent gran de Catalunya, va signar un conveni de col·laboració amb la Fundació ESADE, en el marc del Programa PARTNERS, per a una millor governança de la societat. Aquest és l'origen de l'*Observatori de la cooperació publicoprivada* en l'atenció a la dependència, del qual us presentem la primera edició.

La cooperació publicoprivada (CPP) és una eina clau de les polítiques públiques i privades que donen suport a l'activitat econòmica i social, sobretot des que va entrar en vigor la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. Les polítiques públiques en els serveis assistencials no en són una excepció i incorporen massivament aquest tipus de cooperació.

En particular, aquest *Observatori* vol cobrir les especificitats del lideratge i de la gestió de la CPP en els recursos assistencials, els condicionaments estructurals i contextuals de la CPP en aquests recursos, la responsabilització, la valoració i l'avaluació de la CPP, així com les seves dinàmiques temporals i processuals. Per tal d'assolir aquests objectius, l'ACRA ha recollit entre les seves empreses i entitats membres experiències positives de CPP en un estat madur de desenvolupament, és a dir, que hagin assolit els resultats previstos pels programes de política pública en què s'emmarquen.

En aquesta publicació us presentem una selecció d'aquests casos en forma de relat. Es tracta de dues experiències que abasten àmpliament la col·laboració publicoprivada i que se centren en aspectes de gestió de serveis, de prestació de serveis i d'innovació. Des d'ACRA volem agrair la participació de totes les empreses i les entitats.

La gestió de la cooperació publicoprivada requereix adquirir aprenentatges i adoptar canvis en les cultures, en les percepcions, en els instruments de gestió i en els rols dels directius públics i privats. La sostenibilitat i la consistència d'aquesta cooperació exigeixen desenvolupaments innovadors en les formes de gestió i, en especial, eliminar estereotips i evitar el desconeixement mutu.

En aquest nou context, l'*Observatori de la cooperació publicoprivada* ha de ser l'eina en l'atenció a la dependència que ens permeti aquesta comunicació constant entre les organitzacions públiques i privades per tal d'optimitzar els recursos de la xarxa social i sanitària, així com afavorir l'assoliment dels màxims nivells de qualitat assistencial.

Cinta Pascual

Presidenta d'ACRA

Introducció

El sector dels serveis socials està immers en un procés de canvi profund i de llarg abast, tant pel que fa als reptes que es proposa afrontar, com per les dimensions quantitatives del canvi. El desplegament actual de les polítiques públiques de serveis socials és el més important que s'ha fet en l'àmbit del sistema públic de benestar social des de la implantació dels sistemes de salut, educació i pensions. La cooperació publicoprivada és una eina clau d'aquestes polítiques públiques en els serveis assistencials.

La sostenibilitat i la consistència d'aquesta cooperació exigeixen nous desenvolupaments en disseny, lideratge i gestió. Per aquest motiu, el Programa PARTNERS, amb el suport de l'Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA), ha volgut donar resposta a aquestes exigències d'aprenentatge i coneixement en els serveis assistencials i ha fet la primera edició de l'*Observatori de la cooperació publicoprivada en l'atenció a la dependència*.

Aquest projecte té com a objectiu donar valor a les experiències de cooperació publicoprivada en l'atenció a la dependència, mitjançant una convocatòria periòdica de selecció de projectes i un relat de casos.

L'equip acadèmic de l'*Observatori* ha valorat positivament l'impacte d'aquesta primera convocatòria, que va aplegat un total de sis experiències, que es descriuen a la taula de la pàgina següent (*Projectes presentats en l'àmbit de l'atenció a la dependència*).

Les propostes rebudes han estat de gran interès i d'alta qualitat, motiu pel qual no ha estat fàcil seleccionar les experiències més idònies. S'han valorat especialment el grau d'assoliment de l'objectiu públic de la cooperació en termes d'eficàcia i eficiència, el grau d'innovació i creativitat, i la consolidació dels programes al llarg del temps.

Projectes presentats en l'àmbit de l'atenció a la dependència

Nom del projecte	Parts implicades
El Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la província de Barcelona. Eficiència, innovació i treball en xarxa amb els serveis socials municipals.	Diputació de Barcelona, ajuntaments de la demarcació de Barcelona i Tunstall-Televida.
Els Equips d'Atenció Residencial. Un model de prestació d'atenció primària de salut a les residències de gent de Barcelona.	Grup Mutuam, residències de gent gran de la ciutat de Barcelona, Consorci Sanitari de Barcelona, Institut Català de la Salut, Consorci Sanitari Integral, CAPSE, diverses entitats de base associativa i l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS).
Noves situacions, nous reptes. Caminant cap a l'autonomia.	Residència Berllor - centre de dia - Servei d'Ajuda a Domicili i diversos recursos socials del territori.
L'Onada Deltebre. Un projecte conjunt amb la comunitat.	Onada Serveis, ICASS, Serveis Territorials del Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya, Consell Comarcal del Baix Ebre, Ajuntament de Deltebre i consultors externs.
Projecte publicoprivat de construcció i gestió d'una residència per a persones amb discapacitat intel·lectual amb trastorn de conducta.	Fundació Vella Terra, ICASS, Unitats d'Atenció Psiquiàtrica Especialitzades (UAPE), Serveis Territorials de la Generalitat de Catalunya, coordinadora de tutelles, Departament de Salut, Servei Català de la Salut, Ajuntament de Gurb, Ajuntament de Vic, Consell Comarcal d'Osona, Consorci Hospitalari de Vic, Associació Sant Tomàs, Fundació Lluís Artigues, Hospital de Sant Joan de Déu i consultors externs.
Evolució de la col·laboració publicoprivada al llarg de 30 anys.	Sistemas Residenciales SA (SIRESA) i Generalitat de Catalunya.

Els dos projectes seleccionats han estat els següents:

El Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la província de Barcelona. Eficiència, innovació i treball en xarxa amb els serveis socials municipals

El primer cas descriu un projecte comú de planificació, disseny i desenvolupament d'un model de provisió i prestació de teleassistència domiciliària als municipis de la demarcació de Barcelona, a excepció de la capital, en què juguen un rol primordial la Diputació de Barcelona –entitat promotora de la iniciativa–, els ajuntaments de la província i l'empresa prestadora del servei (Tunstall-Televida). Es tracta d'una experiència de cooperació publicoprivada que podem caracteritzar com de “compra agregada”, en què una administració pública (la Diputació) centralitza l'adquisició de la prestació d'un servei que correspon, competencialment, a d'altres actors institucionals (els ajuntaments), amb l'objectiu de generar economies d'escala i guanyar en termes d'eficiència.

El Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la província de Barcelona és un cas interessant perquè crea un model de provisió propi, diferenciat dels altres serveis públics de teleassistència existents, que es caracteritza pel treball en xarxa entre la Diputació de Barcelona i els ajuntaments; per la coordinació entre els professionals de l'empresa proveïdora que treballen en el territori i els serveis socials municipals, i per una forta aposta per la qualitat i la innovació constant. En els set anys de recorregut que té el servei, ha fet un salt quantitatiu molt significatiu, en passar dels 3.800 usuaris a prop de 61.000, alhora que ha incorporat noves prestacions i ha millorat el seguiment continu de les persones usuàries.

Els Equips d'Atenció Residencial. Un model de prestació d'atenció primària de salut a les residències de gent gran de Barcelona

El segon relat tracta sobre una iniciativa innovadora per prestar atenció primària domiciliària i atenció aguda especialitzada a les persones grans que viuen als centres residencials de la ciutat de Barcelona. Els anomenats Equips d'Atenció Residencial (EAR) són uns equips de professionals experts en geria-

tria que es configuren l'any 2009 des del sistema públic de salut, però gestionats per una empresa privada (Mutuam), amb la finalitat de millorar la qualitat i l'eficiència de l'atenció sanitària de la gent gran, mitjançant uns equips creats *ad hoc* que es desplacen als centres residencials i treballen de manera coordinada amb els professionals sanitaris contractats pels centres. Actualment, els vuit equips de què disposa el programa presten servei en 271 residències, públiques i privades, que en total sumen 12.000 places residencials.

Durant aquests quatre anys de funcionament, els EAR han demostrat que són una fórmula de cooperació públicoprivada eficaç i eficient per assolir els objectius específics que tenen encomanats: millorar el control dels pacients crònics residencials i la seva continuïtat assistencial, reduir les derivacions a urgències hospitalàries, reduir els ingressos hospitalaris, millorar l'adequació de la prescripció farmacèutica i racionalitzar la despesa farmacèutica d'aquests pacients.

Des del punt de vista de la cooperació públicoprivada, l'interès d'aquesta experiència se centra principalment en tres qüestions. En primer lloc, en la integració funcional assolida entre els EAR i els equips d'atenció primària del sistema públic de salut, particularment els que depenen de l'Institut Català de la Salut (ICS), amb qui els EAR comparteixen sistemes d'informació –com la història clínica–, criteris d'atenció i prescripció, i el pressupost de compres. En segon lloc, en el nombre elevat d'actors amb què els EAR interaccionen amb èxit, per tal d'executar el programa: Consorci Sanitari de Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS), residències, ICS i altres proveïdors d'atenció primària –com el CAPSE, el Consorci Sanitari Integral i diversos equips de base associativa–, qüestió que aporta complexitat a la gestió del programa i que requereix un alt grau de coordinació entre Mutuam i la resta d'organitzacions. I, finalment, perquè, més enllà de la cooperació públicoprivada, la iniciativa mostra les potencialitats de la col·laboració entre el sistema públic de salut i el sistema de serveis socials, que tantes vegades han reivindicat els experts i els professionals d'aquests dos sectors.

Els dos relats inclosos en aquesta primera edició de l'*Observatori de la cooperació públicoprivada en l'atenció a la dependència* mostren l'existència d'unes

administracions públiques amb altes capacitats instal·lades; la maduresa i l'alta qualificació tècnica de les organitzacions privades que operen en aquest àmbit, i les potencialitats que té el treball conjunt entre el sector públic i el sector privat a l'hora de proveir serveis públics eficients i de qualitat.

Des del Programa PARTNERS d'ESADE, volem agrair molt sincerament l'impuls i el suport d'ACRA, gràcies als quals aquesta publicació ha estat possible. Així mateix, volem expressar el nostre agraïment a les persones entrevistades, les quals han mostrat la seva predisposició a col·laborar-hi en tot moment, i han facilitat la informació necessària per construir els dos relats que us presentem.

Concretament, agraïm la col·laboració de:

La doctora Cristina Minguell, directora tècnica de Serveis de Suport Geriàtric i Residencials de Mutuam; la senyora Sílvia Cordoní, adjunta a la Gerència de l'Àmbit d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat de l'Institut Català de la Salut, i el senyor Àlex Guarga, gerent de Planificació, Compra i Avaluació del Servei Català de la Salut, i director executiu de Serveis i Programes de la Regió Sanitària de Barcelona del Servei Català de la Salut, pel cas d'*Els Equips d'Atenció Residencial. Un model de prestació d'atenció primària de salut a les residències de gent gran de Barcelona*.

El senyor Josep Domínguez, cap de l'Oficina de Suport Tècnic a l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència de la Diputació de Barcelona, i el senyor David Márquez, delegat territorial de Catalunya de Tunstall-Televida, pel cas d'*El Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la província de Barcelona. Eficàcia, innovació i treball en xarxa amb els serveis socials municipals*.

Albert Serra i Mònica Reig

Director i directora associada del Programa PARTNERS

1. El Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la província de Barcelona. Eficiència, innovació i treball en xarxa amb els serveis socials municipals

El Servei Local de Teleassistència Domiciliària (en endavant, SLT) neix l'any 2005 arran de la signatura d'un conveni de col·laboració entre la Diputació de Barcelona, l'Institut de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) i la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) per tal de proporcionar serveis de teleassistència al conjunt de municipis de la demarcació de Barcelona, a excepció de la capital. La prestació l'ha realitzada, des de l'origen, Televida, una empresa privada especialitzada en aquest servei. Des que es va posar en marxa, el SLT ha experimentat un creixement exponencial, tant en nombre d'usuaris com en cobertura territorial, i actualment té prop de 61.000 beneficiaris directes de 306 municipis.

Ens trobem davant d'un cas que podem caracteritzar com de "compra agregada", és a dir, d'una iniciativa en què un actor institucional –la Diputació de Barcelona– centralitza l'adquisició de la prestació d'un servei en nom d'altres actors –els ajuntaments–, de manera que es generen economies d'escala i impactes positius en termes d'eficiència. El valor afegit que aporta el SLT, no

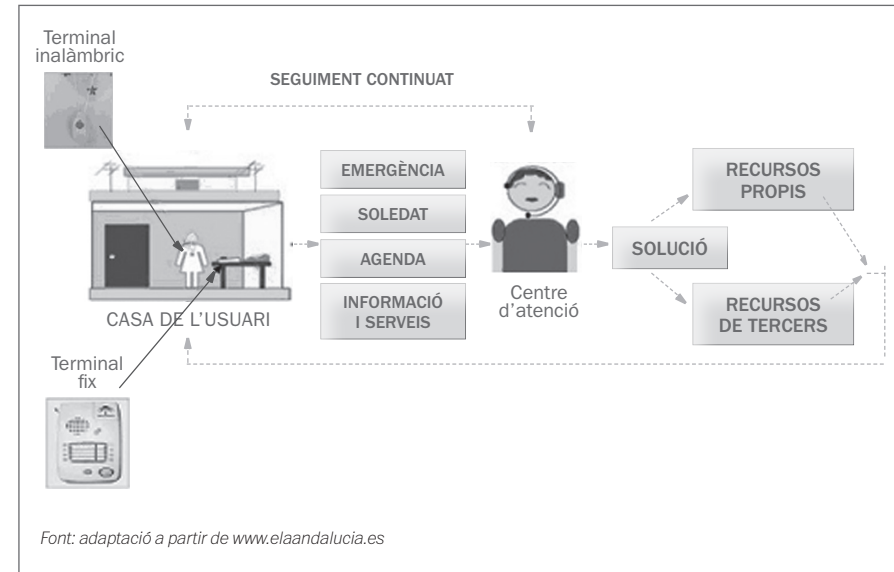
obstant això, va més enllà de l'estalvi de recursos públics. D'una banda, perquè configura un model de gestió que podem qualificar com a "propi de la província de Barcelona", amb una provisió homogènia a tots els municipis que hi incorpora prestacions i maneres de fer que el diferencien d'altres serveis de teleassistència existents. D'altra banda, perquè resulta un cas interessant des del punt de vista de la cooperació publicoprivada, ja que s'ha establert una complicitat entre els actors que va més enllà de les relacions estrictes a què obliguen les clàusules contractuals i que ha resultat altament positiva per a la qualitat de la provisió i prestació d'aquest servei públic.

Què és la teleassistència?

La teleassistència és una modalitat d'atenció domiciliària que, mitjançant l'ús de la tecnologia, permet a persones que estan en risc per raons d'edat, d'aïllament social, de salut o de situacions de dependència moderada comunicar-se de manera permanent en cas d'emergència o davant d'una necessitat relacionada amb la seva situació de fragilitat. Es tracta d'una prestació que està inclosa en la cartera bàsica del sistema de serveis socials de Catalunya.

La teleassistència consisteix a instal·lar un aparell senzill a l'habitatge de la persona usuària, connectat mitjançant la línia telefònica a una central receptora, amb la qual la persona es pot comunicar simplement prement el botó d'un dispositiu que porta permanentment amb ella en cas que es produeixin situacions de crisi, de soledat, caigudes, emergències socials o accidents domèstics, les 24 hores del dia els 365 dies de l'any. Des d'una plataforma d'atenció, uns teleoperadors gestionen les trucades i activen, si cal, el recurs més adient a cada situació: localitzar els familiars o les persones de contacte o derivar una incidència als serveis d'emergències mèdiques, els bombers, la guàrdia urbana o d'altres. Des del centre d'atenció, a més, els teleoperadors també emeten trucades per fer un seguiment de l'estat de salut o emocional de les persones usuàries, recordar-los una cita que tinguin amb el metge o la metgessa, o col·laborar en campanyes preventives de salut pública, com ara l'actuació davant de temperatures extremes.

Esquema de funcionament d'un servei de teleassistència convencional



A més de la modalitat d'atenció telefònica, alguns serveis de teleassistència –com és el cas del SLT– incorporen altres prestacions complementàries. Són exemples d'aquestes prestacions extres el seguiment de les persones usuàries que duen a terme uns professionals que actuen com a referents del servei en el territori, en coordinació amb els serveis socials municipals; la disponibilitat d'unitats mòbils, pròpies del servei, que es traslladen al domicili de la persona en cas d'emergència o bé per realitzar un seguiment del seu estat de salut o emocional, i la incorporació de dispositius tecnològics d'alerta, com ara detectors de fum, de gas o d'obertura de neveres, entre d'altres.

Es considera que la teleassistència pot contribuir a assolir dos grans objectius estratègics per als sistemes de benestar. D'una banda, pot millorar qualitativament el procés d'envelliment de les persones en edat avançada o la vida de les persones amb discapacitat i/o dependència, proporcionant a les persones usuàries i a les famílies la seguretat de ser atesos davant de qualsevol

accident o problemàtica quotidiana, millorant-ne l'autonomia i facilitant que les persones fràgils puguin romandre a casa seva. Dins d'aquest objectiu, la teleassistència pot ser un servei adequat per activar recursos comunitaris de caire sanitari o de seguretat, prestar suport emocional en moments crítics i contribuir a la vinculació social, en els casos en què l'usuari viu sol. D'altra banda, es considera que aquesta prestació contribueix a aconseguir un altre objectiu de caire més sistèmic: retardar l'ús de recursos intensius d'atenció personal per a persones grans, com ara residències i centres de dia, generant així un estalvi per als sistemes públics de salut i de serveis socials.¹

El punt de partida

A Catalunya, la provisió del servei de teleassistència normativament correspon als serveis socials bàsics, els quals són gestionats pels ajuntaments o els consells comarcals.² A la província de Barcelona, tanmateix, la Diputació de Barcelona (en endavant, DIBA) proporcionava des de l'any 1992 aquest servei a molts municipis de la seva demarcació, amb un finançament compartit entre aquesta institució i els ajuntaments. Creu Roja era l'entitat prestadora.

L'any 2005, abans de posar-se en marxa el SLT, el servei de teleassistència de la DIBA atenia, a Barcelona, aproximadament 3.800 persones usuàries. Podem afirmar, doncs, que el servei tenia aleshores una cobertura molt baixa i que la seva implantació territorial no arribava a un gran nombre dels municipis de la demarcació.³

1 Institut Català d'Avaluació de Polítiques Públiques (IVÀLUA). *Avaluació del Servei Català de Teleassistència Domiciliària de la Diputació de Barcelona. Informe final*, IVÀLUA, 2012.

2 La Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials de Catalunya estableix, en l'apartat 2 de l'article 31, el següent: "Les comarques supleixen els municipis de menys de vint mil habitants en la titularitat de les competències pròpies dels serveis socials bàsics que aquests municipis no estiguin en condicions d'assumir directament o mancomunadament".

3 Quan, al llarg de tot el relat, ens referim a la província de Barcelona, n'excloem la capital, la qual no està integrada en el SLT, atès que l'Ajuntament de Barcelona proporciona aquest servei de manera diferenciada.

El conveni amb l'Imserso: oportunitat per créixer i per canviar de model

L'any 1993, l'Imserso⁴ va posar en marxa un programa de teleassistència domiciliària que tenia com a objectiu augmentar progressivament la implantació d'aquesta prestació en tot l'àmbit estatal. La iniciativa es va instrumentar a través d'un conveni marc amb la FEMP, al qual es podien adherir, mitjançant convenis específics, els ajuntaments de més de 20.000 habitants i les administracions locals de segon nivell (diputacions, cabildos i consells insulars) interessades a implantar-lo als seus àmbits territorials. El programa establia un marc de finançament en què l'Imserso assumia fins a un màxim del 65% del cost efectiu total del servei i, la resta, es repartia entre les corporacions locals signatàries i, en alguns casos, les aportacions que les administracions locals establissin per a les persones usuàries. Sota aquesta fórmula, més de 250.000 persones de més de 5.500 municipis espanyols van tenir accés a la teleassistència fins a desembre de 2012, data en què l'Imserso va posar fi al seu finançament.

L'any 2005, l'Àrea d'Atenció a les Persones de la DIBA va decidir adherir-se al programa de l'Imserso i, en compliment d'una de les bases del conveni, la FEMP va licitar un concurs per donar servei, inicialment, a 15.000 persones de la província. L'empresa Televida Servicios Sociosanitarios, S.L., va resultar l'adjudicatària del concurs.⁵

En un principi, la DIBA va veure en el conveni amb l'Imserso una oportunitat per ampliar els recursos econòmics que dedicava al seu servei de teleassistència. Posteriorment, no obstant això, aquest fet va passar a veure's, també, com una oportunitat per reorientar la prestació del servei i iniciar un projecte de canvi

4 L'Imserso és una entitat de dret públic, actualment adscrita al Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, que, entre d'altres, té la competència de proposar, gestionar i fer el seguiment de plans de serveis socials d'àmbit estatal en les àrees de persones grans i persones dependents. Per a més informació, www.imserso.es.

5 En el moment de l'adjudicació, el nom de l'empresa era "SERGESA Televida", la qual posteriorment va passar a anomenar-se "Televida Servicios Sociosanitarios". En aquest relat es fa servir el nom de Televida, que és el seu nom comercial actual.

de model més ambiciós. Segons Josep Domínguez, cap de l'Oficina de Suport Tècnic a l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència de la DIBA, “al principi, la relació amb l'Imsero era vista com una font de finançament, i per això vam valorar-ho i vam decidir incorporar-nos a aquest programa. El que passa és que això, posteriorment, es va obrir: hi va haver un nou concurs, un nou proveïdor amb el qual vam tenir molt bona sintonia i una nova aposta política. Vam anar a buscar recursos, però, conseqüència d'això, van venir altres coses”.

L'aposta renovada de la DIBA va consistir a assumir un lideratge real en la provisió de la teleassistència a la província de Barcelona i a impulsar-ne el creixement. Domínguez ho explica així: “Amb altres serveis socials bàsics, cada ajuntament és proveïdor de les seves prestacions. Per exemple, en el servei d'ajuda a domicili, tot i que la DIBA aporti recursos econòmics i presti un suport tècnic als municipis, no tenim una central de compres ni un model únic. Als serveis socials els costa molt aprofitar energies, treballar conjuntament entre administracions. És un sector molt fragmentat territorialment, i això pot resultar un problema. Amb la teleassistència, vam veure l'oportunitat d'evitar-ho. En tractar-se d'un servei més incipient, aleshores encara no consolidat a Barcelona, la DIBA va veure que podia actuar com a agent aglutinador entre els municipis. La nostra estratègia va ser: no volem jugar només a ser distribuïdors de diners, sinó que intentarem crear un model propi i una plataforma única”. Va ser així com, l'any 2005, naixia el Servei Local de Teleassistència de la província de Barcelona.

Televida, l'empresa prestadora

Tunstall-Televida és una societat limitada especialitzada en serveis de teleassistència que es va crear l'any 1994, arran de l'oportunitat de mercat que va obrir el programa de l'Imsero en aquest sector a Espanya. Va començar la seva activitat a la província de Granada i, posteriorment, va expandir-se a la resta de províncies andaluses de la ribera mediterrània, la regió de Múrcia, Melilla, Catalunya, País Basc i Castella-la Manxa.

Des dels seus orígens, Televida ha mantingut una relació molt estreta amb el sector públic. El seu creixement i expansió territorial s'han produït al ritme en

què resultava adjudicatària dels serveis de teleassistència de diferents administracions públiques arreu de la península. De fet, la seva especialització en allò que podríem anomenar “mercat públic” fa que només prestin serveis de manera totalment privada en el cas que una Administració amb la qual tenen un contracte els sol·liciti atendre un ciutadà que no pot accedir a la cobertura pública, ja sigui per raons de perfil de la persona, de limitacions pressupostàries de la institució o bé perquè es vol incorporar una prestació no inclosa al catàleg de serveis finançat públicament.

Televida va arribar a Catalunya l'any 2005, coincidint amb l'adjudicació del servei de teleassistència a la província de Barcelona per part de la FEMP. Des d'aleshores, la seva expansió a la nostra comunitat ha estat molt important: l'any 2006 van començar a prestar el servei de teleassistència de l'Ajuntament de Girona; l'any 2008, el de la Diputació de Girona; l'any 2012, el de l'Ajuntament de Barcelona, i, des de l'abril de 2013, el de l'Ajuntament de Lleida. En total, Televida dóna actualment servei a 132.000 persones usuàries a Catalunya i, en el conjunt d'Espanya, a 240.000 persones, cosa que la converteix en el proveïdor més gran d'aquest servei de l'Estat.

Recentment, Televida ha estat adquirida per l'empresa d'origen britànic Tunstall, fabricant de tecnologia de telemonitoratge (teleassistència i telemedicina) i alhora també prestadora de serveis personals en aquesta branca d'activitat en diversos països del nostre entorn. Segons els responsables de l'ara anomenada Tunstall-Televida, aquest fet suposarà un nou impuls per al desenvolupament i el creixement de l'empresa.

Primera fase: disseny del servei i establiment d'un model propi

Podem dir que el model de governança del SLT es va modular a partir de tres vectors. Els dos primers –el règim competencial i el marc de relacions jurídiques i financeres que establia el conveni amb l'Imsero– van venir determinats pel context i tenien un caràcter normatiu. El tercer, en canvi, que consistia en el

disseny del model de gestió i en el tipus de relacions, formals i informals, entre la DIBA, el proveïdor (Televida) i els ajuntaments, va ser producte d'un procés de decisions consensuades entre els actors que operaven en l'àmbit local. Tal com ho explica Domínguez, de la DIBA, “en realitat, l'Imsero no va ser mai un articulador del nostre model de gestió, només definia unes bases generals que després les administracions locals podíem adaptar. L'Imsero, per tant, tenia un programa, però nosaltres teníem molta autonomia per modular el servei”.

Jurídicament, la creació del SLT per part de la DIBA es fonamentava en les competències que la legislació vigent sobre règim local i sobre serveis socials atribueix a les diputacions provincials per assegurar la prestació integral i adequada dels serveis públics municipals, la seva coordinació i programació, i l'assistència jurídica, econòmica i tècnica als municipis, especialment als de menys capacitat econòmica i de gestió.⁶

El conveni amb l'Imsero establí un marc de relacions jurídiques a tres bandes entre aquest organisme, la FEMP i la DIBA. Segons aquest esquema, la FEMP era l'òrgan encarregat de licitar i d'adjudicar el concurs per prestar el servei, fent servir el model estàndard que emprava en el conjunt de l'Estat. Els ajuntaments, per tant, no estaven integrats en aquest conveni, sinó que la seva participació al SLT s'instrumentava –i encara és així– mitjançant la seva adhesió a unes bases per gestionar i desenvolupar el programa, les quals s'actualitzen cada any.

D'altra banda, els recursos econòmics per finançar el servei tenien, en els seus orígens, tres fonts. La primera d'elles, provinent de l'Imsero, es vehiculava a través de la FEMP, la qual, com a òrgan contractant, transferia l'aportació del Govern central a l'empresa adjudicatària. Durant els dos primers anys de vida del SLT (2005-2006), l'Imsero va assumir el percentatge màxim que preveia el conveni, un 65% del cost de cada persona usuària, i la resta del finançament era aportat, a parts iguals, entre la DIBA i els ajuntaments adherits, en funció del

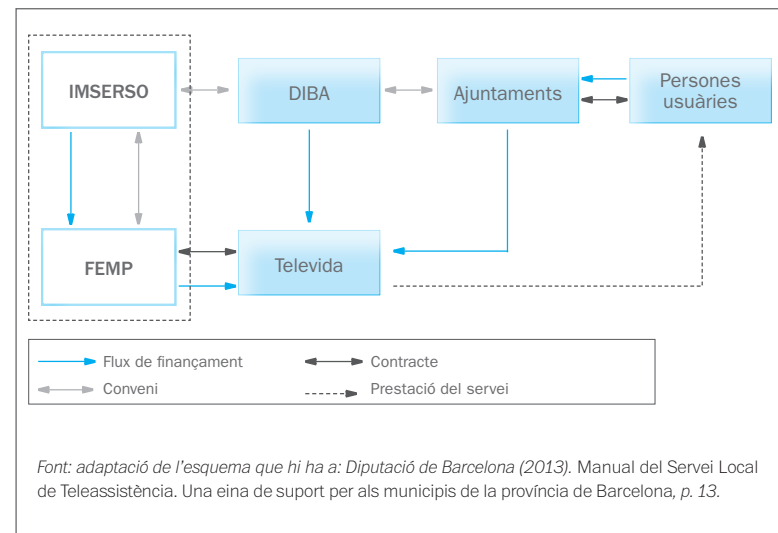
⁶ Vegeu l'article 31 de la Llei 7/1985, de 2 de abril, reguladora de les bases del règim local (LRBRL, d'àmbit estatal); l'article 91 del Decret legislatiu 2/2003, de 28 d'abril, pel qual s'aprova el Text refós de la Llei municipal i de règim local de Catalunya, i l'article 132 de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials.

nombre de persones del seu municipi usuàries del servei. Aquest esquema de finançament a tres bandes es va mantenir vigent fins que va finalitzar-se el programa de l'Imsero, el desembre de 2012, si bé l'aportació de cadascuna de les parts va variar significativament al llarg dels anys, com veurem més endavant.

Aquest model també preveia –i encara ho fa– la possibilitat que els ajuntaments estableixin mecanismes de copagament, opció que apliquen aproximadament un terç dels municipis adherits al SLT.

A continuació es representa gràficament l'esquema de relacions formals que acabem d'explicar:

Esquema de relacions econòmiques, jurídiques i de prestació de servei, fins al 31/12/2012



Tanmateix, com dèiem abans, en el procés de disseny del SLT van tenir-hi també un paper molt rellevant les decisions que la DIBA, Televida i els ajuntaments van adoptar després de l'adjudicació del servei. Aquests elements,

que són invisibles en el diagrama anterior, acabarien per definir la naturalesa del SLT, el seu model de gestió i la qualitat del marc de cooperació publicoprivada entre els actors locals.

David Márquez, delegat territorial de Catalunya de Televida, explica aquest procés així: “En una primera fase, després de l’adjudicació, hi va haver el moment en què les dues parts, DIBA i Televida, ens havíem de conèixer: qui érem i quines eren les característiques de cadascú. I, posteriorment, establir quin era l’objectiu, quines eren les expectatives que tenia cada part i quines serien les formes de comunicar-nos. Aquest procés va ser una fase molt important, ja que es tractava de decidir què havia de ser realment el servei de teleassistència de la província de Barcelona. En aquest context, una de les primeres decisions que vam prendre va ser crear “la marca” del SLT. El procés va anar així: volem un servei de teleassistència, sí, però també volem que sigui una prestació per als diferents municipis, és a dir, un servei del territori que el ciutadà l’identifiqui com a tal. Aleshores, què tal si posem el nom de *Servei Local de Teleassistència?*”, comenta Márquez, emfatitzant la paraula “local”.

Josep Domínguez, de la DIBA, subratlla la importància que va tenir en aquesta primera fase l’establiment d’unes relacions fructíferes entre Televida i la DIBA, tot destacant-ne l’aprenentatge recíproc i el creixement que van emprendre conjuntament aquests dos actors en el camp de la teleassistència: “Una vegada es va adjudicar el servei, vam entrar en un marc de col·laboració amb Televida que va ser molt interessant. Mútuament, perquè vam coincidir-hi dues organitzacions, una de pública i una de privada, que juntes vam iniciar un creixement molt important en la prestació de la teleassistència. En aquells moments, la capacitat del servei de la DIBA era de 3.800 persones. Nosaltres, en aquest sentit, no érem aleshores una administració consolidada en la provisió de teleassistència i que necessités, simplement, comprar el servei. I, pel que fa a Televida, tot i que tecnològicament ells estaven preparats i tenien experiència en aquest sector, no havien gestionat mai un volum de serveis tan gran com el que tindria lloc a la província de Barcelona. Per tant, l’any 2005 ens trobem dos aliats estratègics, la DIBA i Televida, que creixem al mateix temps en la provisió de la teleassistència. El que fem plegats és tot això”, comenta Domínguez, referint-se a un gràfic on es mostra com el SLT ha

passat de 2.000 persones usuàries, l’octubre de 2005, a prop de 61.000, en finalitzar l’any 2012. “Sens dubte –afegeix Domínguez–, l’èxit de la col·laboració publicoprivada és la relació amb el proveïdor, amb Televida, que entenen la nostra lògica, nosaltres entenem la seva, i ens funciona”.

És també en aquesta primera fase del procés on es decideix establir, de manera molt clara, dos elements que impregnarien el caràcter del SLT: d’una banda, la seva naturalesa de servei públic i, de l’altra, la seva vocació municipal. Pel que fa a la primera qüestió, segons David Márquez, de Televida, “abans del 2005, les persones usuàries de la teleassistència de la província no percebien que fos un servei públic, sinó que es pensaven que era un servei que oferia l’entitat que aleshores feia la prestació. Canviar això va ser molt important en la posada en marxa del SLT. Com a Televida, una empresa privada que sempre ens hem dedicat a gestionar serveis públics, el que volíem era que, des del començament, els ciutadans sabessin que els serveis que estaven rebent eren un servei públic”, subratlla.

Pel que fa a la voluntat de reforçar el caràcter municipal del SLT, Josep Domínguez, de la DIBA, explica que “a partir del 2005, canvia l’escenari: el proveïdor de cara al ciutadà ha de ser el seu ajuntament, no l’entitat que presta el servei. Perquè l’ajuntament és, jurídicament, el titular de la competència. Per tant, l’ajuntament, a més de cofinançar el servei, és el que, mitjançant els seus serveis socials municipals, identifica les persones que potencialment poden ser usuàries de la teleassistència, qui les avalua en primera instància i qui fa la prescripció del servei. L’ajuntament sap que nosaltres garantim la provisió, contractem el servei i vetllem per la qualitat; així, ells es poden concentrar en el tema de la prescripció. Nosaltres no entrem en la casuística, tot i que des de la DIBA els proporcionem un perfil general de les persones que potencialment poden ser-ne usuàries. I aquest esquema ens funciona. D’altra banda, Televida ha estat capaç d’entendre molt bé aquesta lògica de relació amb els ajuntaments; ha demostrat la seva capacitat per treballar amb més de 300 interlocutors municipals”.

Sobre aquesta qüestió, Márquez, de Televida, argumenta que “per als 300 professionals que formem part del SLT, resulta clau que les persones usuàries

ens percebin com a professionals dels serveis socials del seu ajuntament, però també que sentin l'orgull de pertànyer a una organització empresarial. I, alhora, que els professionals dels serveis socials bàsics vegin que, tot i que la nostra nòmina la paga una empresa privada –però carregada de valors humans–, nosaltres tenim un encàrrec, i és prestar un servei públic. Per tant, joestic aquí, amb tu, per ajudar els teus ciutadans. Això va costar al començament, perquè, fins aleshores, el servei era conegut com “el de la Creu Roja” per part de les persones usuàries i de les tècniques i els tècnics municipals i de la DIBA. Avui dia això ja no és així. Ara, quan es tracta el cas d'un usuari del SLT, els serveis socials bàsics municipals veuen en la coordinadora de referència de Televida una professional més de la seva estructura. Ho hem aconseguit, està claríssim”.

En resum, l'atribució de funcions a cadascun dels actors que participaven en el SLT fins que va finalitzar el conveni amb l'Imserso va quedar establerta tal com es mostra a la taula següent:

Actors i funcions en el marc del SLT

IMSERSO	<ul style="list-style-type: none"> • Establiment del marc general per la posada en marxa i desenvolupament del programa de teleassistència • Finançament • Avaluació final del programa
FEMP	<ul style="list-style-type: none"> • Contractació de la prestació de servei • Supervisió general del programa de teleassistència • Avaluació final del programa
Diputació de Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> • Provisió general del servei per a la província de Barcelona • Finançament • Control de qualitat
Ajuntaments	<ul style="list-style-type: none"> • Titularitat del servei • Assegurança de la qualitat • Seguiment del SLT en el seu municipi • Finançament
Empresa prestadora del servei	<ul style="list-style-type: none"> • Prestació del servei • Assegurament de la qualitat • Gestió i seguiment dels sistemes d'informació

Font: Diputació de Barcelona (2013). Manual del Servei Local de Teleassistència. Una eina de suport per als municipis de la província de Barcelona, p. 12.

Gestió operativa i cartera de serveis

Els serveis socials bàsics municipals, en l'exercici del seu rol com a porta d'entrada del sistema de serveis socials, són els responsables d'identificar, d'avaluar i, si escau, de sol·licitar l'alta d'una persona usuària en el marc de funcionament del SLT. Tot i que el servei té un enfocament universal, en són destinatàries prioritàries les persones grans o les persones amb discapacitat que viuen soles permanentment o durant gran part del dia, o bé que viuen amb altres persones que presenten característiques d'edat o de discapacitat idèntiques. Concretament, tenen la consideració de població prioritària les persones més grans de 80 anys, que presentin malalties cròniques, amb manca de xarxa social o familiar i/o que pateixin dificultats de mobilitat o caigudes freqüents.

“Una vegada valorat el cas i prescrit el servei per part dels serveis socials municipals”, explica Domínguez, de la DIBA, “es deriva el cas a Televida, que fa una visita al domicili i fa una segona avaluació de la persona més exhaustiva. Aquesta valoració la fan les coordinadores de zona. Posteriorment, els tècnics d'instal·lació i de manteniment de Televida instal·len la tecnologia, i, finalment, es dona d'alta la persona usuària”.

Quant a la cartera de serveis, el SLT diferencia dos tipus de prestacions. D'una banda, les que gestionen els més de 90 teleoperadors que treballen al centre d'atenció, els quals s'encarreguen de realitzar les activitats següents:

- Gestió de riscos i atenció en situacions d'emergència.
- Mobilització de serveis d'urgència públics i privats.
- Control i seguiment de l'estat de la persona usuària.
- Servei d'agenda: recordatoris personalitzats.
- Atenció personal i acompanyament.
- Informació en temes socials, sanitaris, d'alimentació, oci, etc.
- Actuació davant de temperatures extremes i catàstrofes naturals.

D'altra banda, hi ha els serveis d'intervenció domiciliària, que es corresponen a les activitats que es duen a terme d'una forma presencial al domicili de la persona. Són:

- Visita domiciliària per explicar el servei i realitzar l'alta.
- Visites de seguiment de l'evolució de les persones usuàries.
- Tractament de casos i incidències.
- Actualització permanent de la informació de les persones usuàries i dels recursos municipals.
- Coordinació amb els serveis socials de referència i amb altres recursos socio-sanitaris.
- Servei tècnic per instal·lar els equips o els complements de seguretat i realitzar-ne el manteniment i/o la retirada dels equips.
- Servei complementari d'atenció a emergències i seguiments personalitzats incorporats a un pla de treball social, a través de les unitats mòbils de teleassistència.

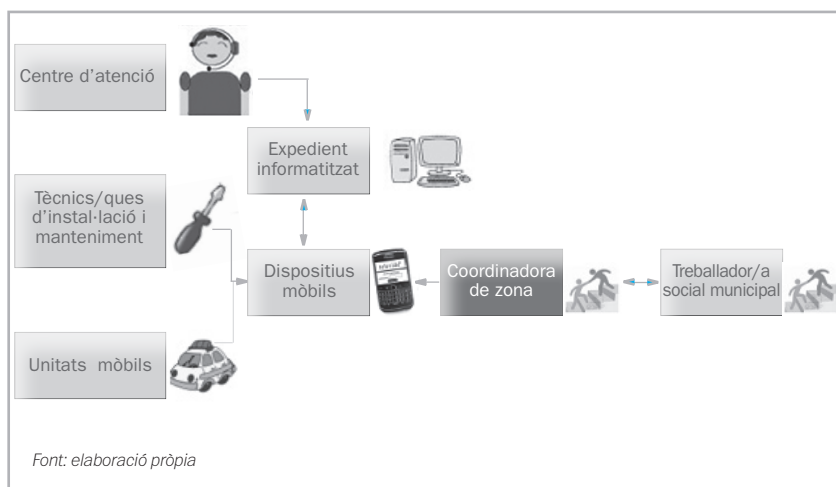
Segons David Márquez, de Televida, és en aquesta segona tipologia de serveis on el SLT presenta diverses característiques que el diferencien d'altres models de teleassistència existents. La primera és l'existència de la figura de la "coordinadora de zona": 72 professionals titulades en Treball Social, Educació Social o Psicologia que, assignades a un territori concret en funció del nombre d'usuaris, són les encarregades de fer una valoració de la persona i del seu entorn abans d'instal·lar el servei, així com de fer el seguiment dels casos en coordinació amb els serveis socials municipals. Márquez explica que "existeixen altres plataformes de teleassistència a l'Estat que es limiten a atendre telefònicament els seus usuaris i a mobilitzar recursos, però no hi ha uns professionals que es coordinin amb els serveis socials municipals. En el nostre model això és clau, perquè si diem que el SLT és un servei local, hi ha d'haver coordinació amb els professionals de l'ajuntament. Els serveis socials han d'estar, en tot moment, informats de quina és la situació i quina és l'evolució d'aquell ciutadà. En el nostre model, la comunicació i la coordinació entre els serveis socials i les coordinadores de l'empresa és constant".

La segona diferència és que Televida té un equip de tècnics d'instal·lació i de manteniment intern, no subcontractat. Márquez assenyala que "el fet que sigui personal propi ens permet que no es limitin a instal·lar i a reparar la tecnologia (penjoll, detectors, etc.), sinó que facin també una observació del que està passant al domicili de la persona un cop hi són. Si observen, per exemple, que el pis està brut, o que la persona usuària no es troba bé perquè ha tingut una discussió pujada de to amb la família, incorpora aquesta incidència al seu expedient a través d'un dispositiu mòbil. Alhora, comunica aquests fets a la coordinadora de referència, qui, alhora, n'informa els serveis socials municipals. I, finalment, la coordinadora, de manera pactada amb els serveis socials bàsics, decideix quina és la intervenció més adient davant d'aquella situació".

El tercer tret diferenciat del SLT és que, des de l'any 2006, i a proposta de l'entitat prestadora, el servei té unitats mòbils -11, actualment-, integrades per persones amb coneixements de primers auxilis, atenció davant d'emergències o gerontologia. Aquests professionals, mobilitzats amb turismes o motocicletes, i en funcionament les 24 hores del dia els 365 dies de l'any mitjançant un sistema de guàrdies, atenen emergències socials, psicosocials o domèstiques al domicili; resolen accidents i sinistres a la llar; presten un servei de custòdia de claus; fan companyia a les persones usuàries en casos d'extrema solitud, d'ansietat o de depressió; actuen en casos de temperatures extremes, i fan la recollida i el lliurament de medicaments o d'àpats.

Una anàlisi de la gestió operativa del SLT ens permet dibuixar una xarxa d'actors fortament vinculats i coordinats mitjançant dos elements: d'una banda, la tecnologia, concretament a través de l'expedient informatitzat de l'usuari i de l'ús generalitzat de dispositius mòbils per part dels professionals que intervenen al domicili (coordinadores, unitats mòbils i tècnics d'instal·lació) i, de l'altra, el rol de nòdul que assumeix en la gestió dels casos la figura de coordinadora de zona, la qual actua com a figura d'enllaç entre els serveis socials municipals i la resta de professionals de Televida.

Fluxos de comunicació entre els professionals que intervenen en la prestació del SLT



A banda de la coordinació ordinària que es manté per mitjà dels mecanismes que acabem de veure, el SLT té formalitzats tres tipus de reunions per al seguiment dels casos o bé per al seguiment i millora general del servei. Concretament:

- **Reunions de coordinació entre Televida i els serveis socials bàsics:** que mantenen de manera bilateral la coordinadora de zona i el referent municipal de cada ajuntament, per al seguiment del servei, la comunicació d'incidències i estudiar casos concrets. Les reunions de coordinació tenen una periodicitat mensual, i les d'avaluació general, trimestral.
- **Comissió tècnica de seguiment:** grup format per tècnics de la DIBA i de Televida amb l'objectiu d'avaluar, semestralment, el funcionament del SLT i estudiar-ne propostes de millora, així com, anualment, fer la planificació de l'exercici següent.
- **Comissió Mixta:** integrada per tècnics de la DIBA, de Televida i d'un grup representatiu dels serveis socials municipals, ideat com un grup de parti-

cipació dels ajuntaments per obtenir una diagnosi més acurada del servei des del territori, detectar-hi incidències i proposar-ne solucions conjuntes entre tots els agents implicats.

Segona fase: consolidació i creixement

Un cop el disseny del model de provisió i de gestió va quedar perfilat, l'any 2005, el SLT va entrar de seguida en una fase de creixement ràpid. “Les 15.000 persones usuàries que preveia el primer conveni amb l'Imsero es van assolir el primer any i mig”, explica David Márquez, de Televida. “És aquí on la DIBA fa una aposta pel SLT i decideix que vol créixer més, aportant-hi més recursos i donant l'oportunitat als municipis d'atendre més persones”, hi afegeix.

Efectivament, al llarg dels set anys i mig que fa que funciona, el SLT ha experimentat un creixement exponencial: d'atendre 3.800 persones usuàries en el moment de posar-se en marxa, l'octubre de 2005, ha passat a prop de 61.000 actualment, cosa que representa una cobertura superior al 10% de les persones més grans de 65 anys de la demarcació.⁷ Quant a la seva implementació territorial, el SLT ha passat d'estar present en 187 municipis, a finals de 2005, a 306 l'any 2012, cosa que suposa una cobertura del 98,7% dels municipis de la província. L'altre 1,3% correspon, segons Márquez, “a municipis molt petits que, en moltes ocasions, no tenen població gran amb perfil d'usuari per poder-se beneficiar del servei o, malgrat tenir gent gran, no necessiten aquesta prestació, perquè les estructures i les xarxes familiars i veïnals existents són molt més sòlides que les que hi ha en els municipis grans”.

⁷ L'índex estàndard per mesurar la cobertura de la teleassistència es calcula tenint en compte el nombre de persones que són usuàries directes del servei, dividit entre la població més gran de 65 anys. Segons l'informe “Servicios sociales dirigidos a las personas mayores en España. Diciembre de 2011”, de l'Imsero, en data 31 de desembre d'enguany la cobertura mitjana en el conjunt d'Espanya era de 8,42%.

Evolució del SLT en xifres, 2005-2012

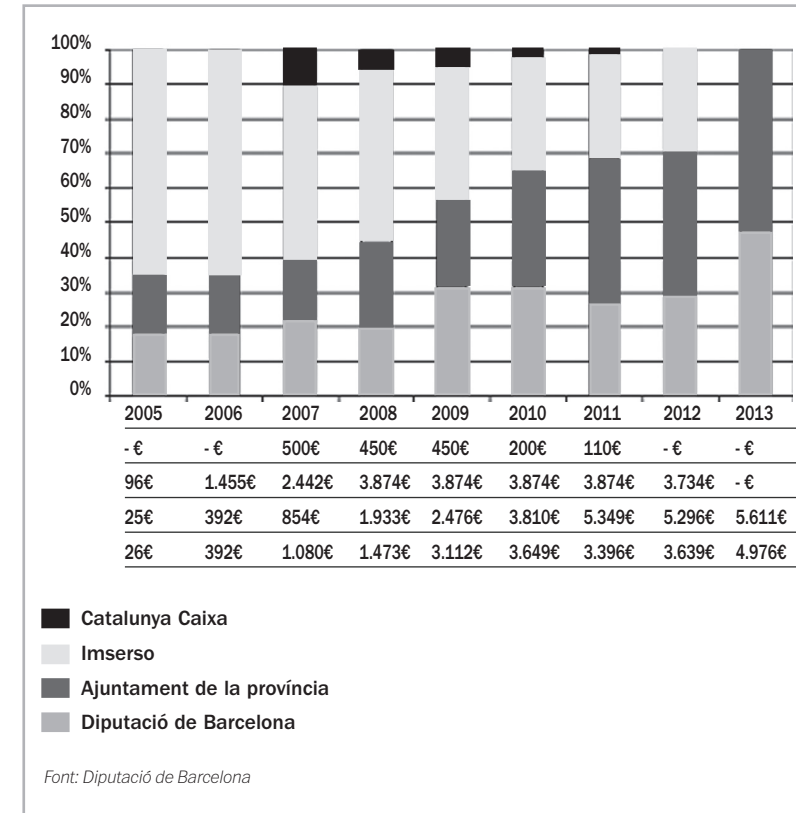
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Usuaris	3.819	15.299	28.531	41.120	51.046	57.466	61.186	60.851
Municipis	187	256	278	291	299	298	299	306
Cobertura > 65 anys	0,45%	2,93%	5,30%	7,48%	8,96%	10,39%	10,21%	10,14%
Finançament	148.389€	2.238.721€	4.875.145€	7.729.452€	9.912.785€	11.533.267€	12.729.304€	12.669.152€
Unitats mòbils	-	3	6	9	12	12	13	13
Sol·licituds		13.530	17.999	18.702	18.472	14.499	11.919	9.542

Fonts: elaboració pròpia a partir de: Diputació de Barcelona (2013). Memòria anual de gestió del Servei Local de Teleassistència de la Diputació de Barcelona. Resultats 2012, i documentació aportada per la DIBA.

Josep Domínguez, de la DIBA, explica que “el creixement que es va produir va ser tan gran que la nostra preocupació va passar a ser si tindríem la capacitat logística per mantenir aquest ritme sense posar en perill la qualitat. I crec que ho vam aconseguir”.

Però si el creixement va ser un repte, l'altre va ser el finançament necessari per fer-hi front. Una de les estratègies que va seguir la DIBA en aquesta qüestió va ser cercar la col·laboració de l'obra social de Caixa Catalunya, entitat que, durant el període 2007-2011, va aportar recursos econòmics al programa. L'altra va consistir a incrementar anualment la seva aportació econòmica al SLT. Tot i així, comenta Domínguez, van ser els ajuntaments els que més esforç financer van fer a partir de l'any 2010, amb l'objectiu de donar resposta al creixement continuat en el nombre de persones ateses. Finalment, la participació econòmica de l'Imsero, que fins l'any 2007 va créixer a un ritme similar al del nombre d'usuaris, a partir de 2008 va congelar la seva quantia; l'any 2012, la va disminuir una mica, i l'any 2013, desapareix, en el moment que el Ministeri de Sanitat i Serveis Socials suprimeix el finançament per al programa de teleassistència a tot Espanya.

Aportacions al SLT 2005-2013. Milers d'euros



El creixement del SLT al llarg dels anys, no obstant això, no ha estat tan sols quantitatiu, sinó també qualitatiu, ja que ha anat incorporant prestacions complementàries per donar resposta a la identificació de noves necessitats socials i per donar cabuda a alguns dels avenços tecnològics que s'han produït en el camp de la teleassistència. Així ho explica Josep Domínguez: “Al llarg d'aquest període de creixement, en un moment determinat comencem a tenir demanda de col·lectius amb necessitats especials. Per exemple, persones amb discapacitat auditiva. En aquests casos, el dispositiu convencional no

serveix. O el tema dels detectors: dispositius que complementen la teleassistència bàsica amb instruments que detecten situacions de risc de les persones (detectors de fum, de gas, d'obertura de neveres, etc.). També apareix la teleassistència mòbil, que permetria a les persones usuàries sortir del domicili. És a dir, comencen a aparèixer tot un seguit d'innovacions tecnològiques i de necessitats. Això dóna una complexitat a la teleassistència que no tenia en els seus orígens. No és un problema de tecnologia, perquè la tecnologia està disponible en el mercat. El problema és: com universalitzem la tecnologia? Com passem de la prova pilot a generalitzar el servei? Els costos, òbviament, no són els mateixos. Davant d'aquest fet es poden aplicar dues lògiques: la primera, dotar el servei de molts més elements tecnològics, però a costa d'arribar a menys persones, perquè al final el pressupost de què disposes és limitat; o, segona, trobar un punt d'equilibri, de manera que el servei pugui arribar al màxim de persones, incorporant-hi les innovacions, però també assegurant la sostenibilitat del servei. Nosaltres hem optat per aquesta segona i, de fet, la teleassistència adaptada i els detectors s'han pogut universalitzar a partir del 2013”.

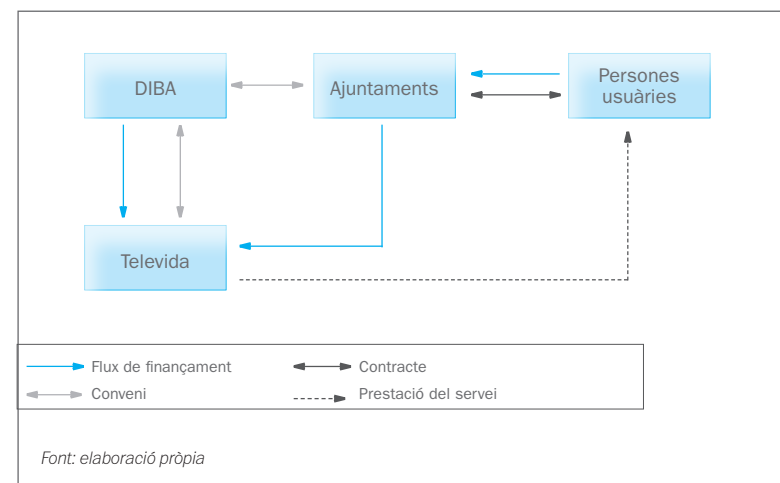
La retirada de l'Imsero i el nou concurs

A finals de l'any 2102, l'Imsero va comunicar a totes les administracions locals que participaven en el seu programa de teleassistència que el 31 desembre posava fi a la subvenció. Aquest fet es produïa, a més, en un context de crisi econòmica i de restricció pressupostària per part de totes les administracions públiques, cosa que podia suposar una amenaça per al SLT o, almenys, amb l'àmplia cobertura que aleshores tenia.

Domínguez, de la DIBA, explica que “l'amenaça que l'Imsero es retiraria ja feia temps que planava. Això, i el fet que calia actualitzar les condicions del servei, va fer que a principis de 2012 decidíem treure un nou concurs, que es va publicar el mes d'abril. No ens volíem arriscar que arribés el 2013 i no tinguéssim un marc de contractació per al SLT”. En aquest nou escenari, per

tant, el concurs ja no el realitzaria la FEMP, sinó que era la pròpia DIBA qui assumia el rol d'administració contractant. El nou esquema de relacions jurídiques i econòmiques quedava, doncs, de la manera següent:

Relacions econòmiques, jurídiques i de prestació del servei a partir de 2013



Segons Domínguez, la realització d'aquest concurs va ser complexa, “no tan sols per la inseguretat que produïa l'interrogant entorn del finançament de l'Imsero, sinó també per les condicions que vam exigir-hi. Tot i que la política de contractació de la DIBA és que el preu és el valor determinant per a l'adjudicació d'un servei –com en altres administracions–, vam aconseguir que un 30% de la puntuació en valorés els aspectes tècnics i, més important, vam establir com a requisit que les empreses licitadores tinguessin experiència i una capacitat de gestió molt elevada en teleassistència: un mínim de 30.000 persones usuàries en cadascun dels darrers tres anys, que era la meitat del volum de persones que nosaltres arribaríem a tenir. Això no va ser entès per tothom, però per a nosaltres era molt important garantir la qualitat i la solvència tècnica de l'adjudicatari. En aquest concurs, s'hi van

presentar bona part de les grans empreses del sector i Televida va sortir-ne de nou guanyadora”.

El concurs partia d'un escenari de 48.000 persones usuàries, que era la part que estava garantida per les aportacions financeres de la DIBA i els ajuntaments. No obstant això, gràcies a l'esforç pressupostari extra que van fer totes les administracions locals, així com també l'ajust de costos que Televida va aplicar en la seva oferta, finalment es va poder mantenir el mateix nombre d'usuaris atesos. “Ara –explica Domínguez– tenim marge per créixer una mica, fins a situar-nos en 62.000 o 62.500 teleassistències. Per tant, ara toca centrar-se en la millora continuada”, qüestió que abordem en l'apartat següent.

Fase actual i futur: qualitat i innovació

La preocupació per la qualitat ha estat sempre una qüestió que ha centrat l'atenció dels actors que intervenen en el SLT. En aquest sentit, cal destacar que Televida disposa de dues certificacions de qualitat: la primera, des de l'any 2003, és la UNE EN ISO 9001:2008, la qual se centra en els processos de gestió i, la segona, des del 2010, és la UNE 158401:2007, que certifica que els seus serveis de teleassistència s'adapten als requeriments del sistema per a l'autonomia personal i atenció a la dependència, sent la primera entitat estrictament privada que obté aquesta acreditació a Espanya. Així mateix, Televida realitza anualment un estudi de satisfacció de les persones usuàries del servei que, en el darrer exercici (2012), va obtenir una puntuació mitjana de 4,83 sobre un màxim de 5.

Tanmateix, tal com explica Josep Domínguez, la voluntat de la DIBA és aprofundir en els aspectes qualitius del SLT: “Si la fase anterior va ser la del creixement, ara estem en la fase de la qualitat i la innovació. Qualitat entesa com a millora del procés, especialment des del moment en què una família s'adreça a un ajuntament per sol·licitar el servei, fins que s'instal·la el dispositiu, passant pel procés de valoració”. En aquest aspecte, Domínguez destaca com a fita l'avaluació del SLT que l'any passat va realitzar l'Institut

Català d'Avaluació de Polítiques Públiques (Ivàlua),⁸ a petició de la mateixa DIBA: “L'Ivàlua ha tingut un paper fonamental. La seva avaluació persegueix principalment dos objectius: un, conèixer quin era l'impacte qualitatiu del servei, cosa que va dur a analitzar quin és el perfil d'usuari on la teleassistència es mostra com a més cost-efectiva i, dos, estudiar en quina mesura la teleassistència és un recurs que pot evitar el consum d'altres serveis públics més costosos, és a dir, en quina mesura retarda l'ingrés en residències o en altres dispositius socio-sanitaris. Sobre el primer objectiu han pogut extreure'n conclusions, però per a la segona qüestió manca informació, ja que les bases de dades dels diferents serveis no estan integrades, de manera que no se'n pot fer una lectura longitudinal”.

Pel que fa a la qüestió del perfil de les persones usuàries, Domínguez considera que “sens dubte, és un tema de millora. Aquests anys enrere ens hem centrat molt en el creixement i no hem estat prou precisos a assegurar el perfil eficient de la teleassistència. Perquè una cosa és *quants* han de ser i, l'altra, *qui* ha de ser. L'Ivàlua aquí ens fa una recomanació per millorar els nostres perfils i els instruments de detecció. En definitiva, ens diu que hem de perfilar millor els usuaris potencials, tenint en compte que, en un moment de contenció o de creixement baix, que hi entri una persona vol dir que una altra no hi entra. En tot això hi ha tingut molt a veure el desplegament de la Llei de la dependència. Amb la seva implementació, comencen a augmentar molt les persones usuàries valorades amb dependència, i una de les advertències que ens fa Ivàlua és que hem d'estar alerta, perquè potser és un recurs que no s'adequa a totes les persones amb aquest perfil. Potser és adequat per a un dependent moderat, però no per a un grau III. És a dir, pel fet de tenir dependència, la persona no ha de ser automàticament usuària de teleassistència, cal que també es donin altres elements. Al final, la teleassistència s'acabarà concentrant en la dependència moderada –que encara no ha entrat al sistema– i en la prevenció de la dependència”.

8 L'Ivàlua és, segons es defineix al seu web (www.ivalua.cat), “un consorci públic que té per missió promoure l'avaluació de polítiques públiques i de programes del tercer sector social a Catalunya, per millorar-ne l'efectivitat, l'eficiència i la transparència envers la ciutadania”. Formen part d'aquest organisme la Generalitat de Catalunya, la Diputació de Barcelona, la Universitat Pompeu Fabra, la Fundació Jaume Bofill, el Consell Interuniversitari de Catalunya i el Consell de Treball Econòmic i Social de Catalunya.

Precisament per treballar aquesta qüestió, la DIBA ha buscat la col·laboració d'una entitat basca sense ànim de lucre, Matia Fundazioa,⁹ perquè els ajudi a construir un instrument de valoració més acurat que posteriorment puguin emprar tots els treballadors socials municipals que prescriuen el servei de teleassistència, de manera que la valoració dels casos sigui més homogènia a tot el territori i que el servei s'adreci a aquelles persones on hi hagi una millor relació entre cost i efectivitat.

Perfil de les persones usuàries del SLT

El perfil actual del SLT correspon al d'una dona que viu sola, més gran de 80 anys i amb una autonomia mitjana-alta. Concretament:

- El 73,8% són dones i el 26,2% homes.
- Per edats, el 76,5% tenen més de 80 anys; el 21,1% tenen una edat compresa entre els 65 i els 80 anys, i el 2,3% són menors de 65.
- El 50,8% són persones que viuen soles; el 38% viuen amb una altra persona, i l'11,3% viuen amb dues o més persones.
- Per tipologia de persona usuària, el 97,9% són persones més grans de 60 anys, i el percentatge restant es distribueix entre persones amb alguna discapacitat física, psíquica o sensorial, o altres. casos.

Font: Memòria del SLT, 2012.

Una segona línia d'actuació que ha incorporat la DIBA per millorar la qualitat del SLT és incloure la perspectiva de les persones usuàries en la valoració del servei. En paraules de Domínguez, “no es tracta només de fer enques-

⁹ Matia Fundazioa és una entitat especialitzada en serveis d'acompanyament a la gent gran que disposa d'un institut gerontològic dedicat a crear coneixement aplicable i a difondre'l a la societat en aquest àmbit (R+D+I). Font: www.matiafundazioa.net/es.

tes de satisfacció als usuaris i a les famílies –que ja ho hem fet, i amb bons resultats–, sinó incloure-hi la mirada de la gent gran. Aquesta era una peça que ens faltava. Volem saber com viu el servei la persona i, per conèixer-ho, no n'hi ha prou amb les enquestes de satisfacció. Per aquest motiu, i per abordar aquesta qüestió, hem començat a treballar amb la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya¹⁰ perquè explori la participació de la gent gran en el disseny i en la prestació del servei i, a través de visites i d'algunes entrevistes, ens ajudi a identificar-ne àrees de millora. D'aquesta manera, també sumem al projecte la iniciativa social, que no la hi teníem ben incorporada”.

El tercer àmbit de millora identificat pels responsables del SLT, i en què ja han començat també a treballar, és el tema de la prevenció. Segons Domínguez, de la DIBA, “s'ha comprovat que la teleassistència també funciona com un sistema d'alerta d'altres situacions que poden tenir lloc al domicili. De vegades, es detecta que darrere de trucades recurrents per part d'un mateix usuari hi ha altres coses, com situacions de soledat, d'aïllament o altres necessitats. D'altra banda, també es vol avançar en la teleassistència com a instrument per a la prevenció i la detecció de casos de maltractament a persones grans. Per tractar aquesta darrera qüestió, hem previst crear un protocol d'intervenció conjuntament amb la Generalitat i amb l'Ajuntament de Barcelona”.

Finalment, Domínguez assenyala un darrer projecte de millora amb vista al futur: la col·laboració amb els serveis sanitaris. “En aquests moments, el Departament de Salut està apostant d'una manera important pel telemonitoratge i per l'atenció al domicili en el marc del programa de prevenció i atenció a la cronicitat. De fet, ja han començat a fer algunes proves pilot, com mesurar paràmetres de salut des de casa, fer recordatoris de visites, etc. I aquí ens trobem tots dos, perquè el nostre destinatari és el mateix, i perquè ens hi

¹⁰ La Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC) és una entitat sense ànim de lucre que promou activitats i accions a favor de les persones grans de la nostra societat. Les seves línies de treball principals són la consolidació i el desenvolupament de l'associacionisme de gent gran; actuar com a representants de l'opinió de la gent gran; promoure la vida activa de la gent gran, i cercar millores i solucions a problemes concrets d'aquest col·lectiu davant dels poders públics. Font: www.fatec.cat.

estem acostant a través de dos instruments similars: la teleassistència i el telemonitoratge de l'estat de salut dels pacients. La idea és que, des de la lògica de cadascú, i des de les competències que corresponen a cadascú, busquem sinergies. De fet, ja hem mantingut converses amb el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) per intentar millorar els circuits de derivació i la coordinació. Fins i tot estem valorant la possibilitat d'una conversa a tres bandes entre l'usuari, el SEM i el servei de teleassistència. El tema és que si, per exemple, una persona pateix una caiguda, pot tenir dificultats per trucar al SEM, però sí que es pot posar en contacte amb nosaltres a través del penjoll. Però, d'altra banda, el SEM necessita parlar amb la persona per valorar si s'ha de desplaçar al domicili. Amb una conversa a tres bandes es podria fer una valoració millor del cas i mobilitzar el recurs més adient, estalviant potser una sortida del SEM. El futur passa inevitablement per una col·laboració entre el sistema de serveis socials i el sistema sanitari”.

Pel que fa als aspectes d'innovació tecnològica, el SLT està treballant en tres projectes de futur. El primer té com a objectiu millorar els fluxos d'informació entre les coordinadores de zona de Televida i els serveis socials municipals mitjançant un portal web on hi haurà disponible l'expedient dels usuaris i que substituirà les comunicacions que actualment es fan mitjançant el correu electrònic. Això permetrà, segons explica Domínguez, “que l'Ajuntament pugui fer les seves sol·licituds a través d'aquest espai, disposar de totes les dades que té Televida dels usuaris del seu municipi i gestionar tot el sistema d'informació de la plataforma”.

El segon projecte té com a finalitat aprofundir en la potencialitat de la teleassistència com a instrument preventiu en situacions d'aïllament social en l'entorn rural o derivat de les discapacitats. Tal com explica David Márquez, de Televida, “properament farem una prova pilot amb un operador de telefonia mòbil, el qual té una fundació que treballa en temes d'accessibilitat, per veure quin ús podrien fer les persones grans de les noves tecnologies. La idea és que, a través, per exemple, d'una tablet, la persona pugui interactuar amb altres usuaris i amb els teleoperadors per videoconferència, llegir articles que hagin penjat els seus companys i fomentar les relacions socials, amb el suport d'un professional que faci de dinamitzador”.

Finalment, Televida està treballant actualment en un nou sistema de valoració de les persones usuàries que permeti establir-ne el nivell de risc i la fragilitat per tal d'adaptar la intensitat del servei a les necessitats de cada persona usuària. Aquest projecte i l'anterior gaudeixen del suport i l'assessorament de l'Institut de l'Envel·liment de la Universitat Autònoma de Barcelona.¹¹

Les relacions entre els socis i la col·laboració publicoprivada

Quan analitzem els factors determinants que fan possible que parlem del SLT com un cas d'èxit des del punt de vista de la col·laboració publicoprivada (CPP), cal destacar-ne tres: la qualitat de les relacions entre els socis, la vocació de servei públic del proveïdor i la vocació de CPP de l'Administració que lidera el programa.

Pel que fa al primer aspecte, les paraules del responsable de Televida, David Márquez, resulten molt eloqüents: “si he de posar puntuació a la relació que hi he hagut entre la DIBA i Televida, he de dir que és d'11 sobre 10; penso que ha estat excel·lent”. Aquestes bones relacions entre els socis no s'han d'entendre, no obstant això, com una absència absoluta de conflictes en el camí recorregut, sinó com un marc cordial en què la dialèctica i el debat han resultat altament enriquidors per dissenyar i desenvolupar el programa. Així ho expliquen els mateixos actors: “No vull dir que sempre hàgim tingut el mateix punt de vista i la mateixa opinió sobre un aspecte concret”, explica Márquez, de Televida. “La nostra obligació, com a experts en teleassistència i com a empresa contractada, és comunicar a l'Administració quina és la millor manera d'actuar. Hem de fer entendre a l'altra part que si diem això no és pels interessos de l'empresa,

¹¹ L'Institut de l'Envel·liment és una fundació privada impulsada per la Universitat Autònoma de Barcelona per potenciar la recerca científica i la transferència de coneixements a l'àmbit sociosanitari i dels serveis socials per tal d'ajudar a millorar la qualitat de vida de les persones grans i adaptar la societat al repte de l'envelliment. Per a més informació, consulteu el web www.envelliment.org.

sinó per arribar a un consens i perquè tots tenim clar que compartim un objectiu comú: donar un servei de qualitat als ciutadans. I perquè això funcioni hi ha d'haver una comunicació clara, dinàmica i constant entre totes les parts: Televida, la DIBA i els ajuntaments”, hi afegeix. Sobre aquesta mateixa qüestió, Josep Domínguez, de la DIBA, considera que “hi ha un tema que no és menor, i és la persona que tens a l'altra banda. És important que puguis dir les coses, abordar els problemes amb claredat, trobar l'equilibri. La interlocució i el rigor han estat elements claus. D'altra banda, nosaltres sempre hem considerat el proveïdor des de la perspectiva de la col·laboració i la responsabilitat compartida”.

“No hem tingut mai la voluntat d'expressar el proveïdor, sempre l'hem vist com un col·laborador”. Aquestes darreres paraules de Josep Domínguez demostren la vocació de CPP de la DIBA a la qual fèiem referència anteriorment, i les trobem també presents en les següents: “En cap moment no ens vam plantejar la idea de la provisió directa del servei de teleassistència. En l'escenari de 2005, tothom tenia clar que això s'havia de produir en un marc de CPP. De fet, en la creació de la xarxa local del servei d'ajuda a domicili entre la DIBA i els ajuntaments, un dels elements configuradors del model havia estat la CPP, i l'experiència havia estat positiva. D'altra banda, quan es va crear el servei, el tema de la teleassistència ja havia agafat molta força, i al mercat hi havia diverses empreses amb el coneixement i l'experiència necessaris. Qui té el coneixement sobre el component tecnològic és l'empresa privada, no l'Administració”.

En darrer lloc, la vocació de servei públic de Televida, el proveïdor, queda ben reflectida amb les afirmacions següents de David Márquez: “Tenim clar que nosaltres som una empresa privada i que, com a tal, no hem de tenir pèrdues. Però també tenim molt clar que gestionem un servei públic, que aquest és el nostre encàrrec. I aquest és un missatge que nosaltres, internament, ens hem preocupat de traslladar als nostres professionals”.

El resultat de tot això: la creació d'un servei de teleassistència amb una cobertura poblacional elevada, homogeni al territori, adaptat a les característiques de 310 municipis i a les necessitats diferenciades de 61.000 persones usuàries, i en procés constant de millora amb el lideratge del sector públic i el suport de la iniciativa privada.

2. Els Equips d'Atenció Residencial. Un model de prestació d'atenció primària de salut a les residències de gent gran de Barcelona

El relat que es presenta a continuació descriu el procés de creació i de desenvolupament d'uns equips professionals experts en geriatría que, des del sistema sanitari públic –però gestionats per una entitat privada– presten atenció primària domiciliària i serveis geriàtrics especialitzats a les persones institucionalitzades en residències de gent gran a la ciutat de Barcelona. Són els anomenats equips d'atenció residencial (EAR, d'ara endavant).

El programa, que va començar l'any 2009 com una experiència pilot impulsada pel Consorci Sanitari de Barcelona, té com a entitat prestadora a Mutuam: organització privada amb una experiència dilatada en l'atenció sanitària i social a les persones grans.

En els quatre anys de funcionament, els EAR han demostrat ser una solució eficaç i eficient per millorar l'atenció sanitària de les persones grans residents, mitjançant una fórmula de col·laboració publicoprivada en què intervenen un gran nombre d'actors del sistema sanitari i de l'àmbit dels serveis socials.

Entre ells, els 8 equips de què disposa el programa, 61 equips d'atenció primària –majoritàriament, de l'Institut Català de la Salut– i les 271 residències de Barcelona en què els EAR presten actualment els seus serveis.

L'origen del programa: factors de context

Fins que van entrar en funcionament els EAR, l'atenció primària de salut a la gent gran de Barcelona que residia en centres geriàtrics es configurava, formalment, de la mateixa manera en què avui dia està organitzada funcionalment i territorialment l'atenció sanitària per al conjunt de la població de Catalunya. En aquest sentit, el sistema sanitari considera les residències com un domicili més i, com a tal, cadascuna d'elles està enquadrada, segons la seva ubicació, en una àrea bàsica de salut (ABS): unitat territorial elemental on es presta l'atenció i on operen tots els professionals del sistema públic de salut entorn als anomenats equips d'atenció primària (EAP)¹. Abans de l'any 2009, doncs, el model organitzatiu de l'atenció primària per a aquest segment de població no diferia teòricament de l'establert per al conjunt de la ciutadania: cada resident tenia assignat un metge o una metgessa de capçalera en funció de la situació geogràfica del centre on vivia.

A la pràctica, tanmateix, l'assistència sanitària a la gent gran institucionalitzada presentava –i presenta– tres particularitats importants. La primera és

¹ L'article 41 de la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya defineix l'Àrea Bàsica de Salut (ABS) com “la unitat territorial elemental on es presta l'atenció primària de salut [...], i que constitueix l'eix vertebrador del sistema sanitari en l'àmbit de la qual desenvolupa les seves activitats l'Equip d'Atenció Primària. [...] Les ABS es delimiten atenent a factors geogràfics, demogràfics, socials, epidemiològics i de vies de comunicació homogenis i tenen com a mínim un centre d'atenció primària [CAP]”.

La mateixa Llei defineix l'equip d'atenció primària (EAP) com “el conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris, amb actuació en l'Àrea Bàsica de Salut, que desenvolupa de manera integrada, mitjançant el treball en equip, actuacions relatives a la salut pública i la promoció, la prevenció, la curació i la rehabilitació de la salut individual i col·lectiva de la població de l'Àrea Bàsica. Aquestes activitats es realitzen principalment en el marc d'una estructura física i funcional denominada Centre d'Atenció Primària”.

que es tracta de persones amb un grau de complexitat molt significatiu, derivat de l'alta prevalença de malalties cròniques associades a l'edat. Les seves necessitats assistencials són, doncs, molt superiors a les d'altres grups de població.

El segon factor diferencial és que moltes residències disposen de professionals sanitaris, contractats pels mateixos centres, que s'encarreguen de l'atenció de la salut de les seves persones usuàries, si bé la intensitat d'aquesta atenció sanitària varia molt en funció del tipus de centre i del perfil dels residents. Cal subratllar, no obstant això, que l'atenció que duen a terme els professionals dels centres geriàtrics no es presta des del sistema sanitari públic, sinó que la seva activitat s'emmarca en l'àmbit dels serveis socials. Ens trobem, doncs, amb un escenari en què, si bé el marc normatiu atribueix la responsabilitat de l'atenció primària d'aquestes persones al sistema públic de salut, a la pràctica, aquesta funció és compartida amb altres professionals sanitaris –els de les residències– aliens a aquest sistema.

La tercera particularitat que presentava l'atenció a aquest segment de població era que, a Barcelona, abans del 2009, les funcions reals que assumien els EAP en relació amb els seus pacients institucionalitzats consistia, majoritàriament, a formalitzar la prescripció farmacèutica indicada pels facultatius que depenen dels centres residencials, atès que la prescripció estava reservada als professionals del sistema sanitari públic. “Els professionals de l'EAP, en la majoria dels casos, només puntualment resolien demandes assistencials. La seva intervenció es limitava a la prescripció d'aquests pacients i a resoldre altres demandes de caire burocràtic. I això neguitejava els professionals de l'atenció primària”, explica Cristina Minguell, directora tècnica de Serveis de Suport Geriàtric i Residencials de Mutuam.

Amb l'objectiu de corregir la situació que acabem de descriure, a finals dels anys noranta alguns proveïdors d'atenció primària van adoptar algunes millores organitzatives. A la ciutat de Barcelona, concretament, la Direcció del Servei d'Atenció Primària de l'Esquerra de l'Eixample de l'Institut Català de

la Salut (ICS)² va crear l'anomenada Unitat d'Atenció Domiciliària Geriàtrica (UADG), la qual tenia com a missió principal filtrar i avaluar la prescripció recomanada pels facultatius de les residències, amb l'objectiu de racionalitzar la despesa farmacèutica. Posteriorment, l'any 2007, la UADG va decidir anar més enllà del control de la prescripció i va incorporar-hi altres activitats: una visita a cada resident, la seva identificació mitjançant una fitxa mèdica i l'elaboració d'un programa de medicació individualitzat. L'any següent, aquesta experiència va estendre's també als EAP de la Dreta de l'Eixample. No obstant això, una avaluació del programa realitzada pel mateix ICS, l'any 2008, va concloure que, malgrat les millores assolides per les UADG, la seva actuació no garantia el seguiment regular dels pacients residencials per part de l'atenció primària de salut, tal com es pretenia. Segons Àlex Guarga, director executiu de Serveis i Programes del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), era evident que “calia un projecte més ambiciós: de control de malaltia i del pacient, i també de prevenció, de control de factors de risc. És a dir, calia fer tot allò que li tocava fer a l'atenció primària”.

Les conclusions de l'avaluació de les UADG van coincidir en el temps amb dos estudis més. El primer d'ells, realitzat pel Servei d'Atenció Primària Muntanya de Barcelona, de l'ICS –el qual agrupava els EAP de l'àrea Nord de Barcelona, i on no s'havien implementat les UADG–, confirmava de nou que l'atenció primària dels pacients residencials se circumscribia, en la majoria dels casos, a la prescripció farmacèutica i a un seguiment escàs dut a terme des de la distància. El segon estudi, elaborat pel Servei Català de la Salut, va consistir en una avaluació detallada de la despesa farmacèutica associada als pacients institucionalitzats, prenent com a cas d'anàlisi les residències de gent gran de Badalona. La conclusió de l'estudi va ser que el consum farmacèutic era massa elevat, fins i tot tenint en compte l'alta prevalença d'aquesta tipologia d'usuaris.

A banda d'això, en aquells moments, per als actors del sistema sanitari, cada vegada resultava més evident que el nombre de derivacions que les residèn-

cies geriàtriques feien dels seus usuaris al Servei d'Emergències Mèdiques (SEM), davant un problema de salut, era molt elevat, fet que contribuïa de manera significativa a la congestió de les urgències hospitalàries. El problema d'això no era només que les visites a urgències resultaven econòmicament molt costoses per al sistema, sinó que implicaven l'ús d'uns recursos assistencials que no eren els més adequats per tractar problemàtiques de salut menors –en la seva majoria–, a més de no garantir la continuïtat assistencial d'uns pacients molt fràgils que requerien un seguiment regular. “La freqüentació a urgències era alta, la taxa d'ingressos hospitalaris era elevada i la prescripció farmacològica també era elevada. Teníem un punt de partida que era fàcil de millorar”, explica Àlex Guarga, del CSB. En resum, en aquells moments, cada vegada hi havia més evidències que l'atenció sanitària a les persones grans institucionalitzades era molt millorable en termes d'eficàcia, d'eficiència i de qualitat.

Finalment, cal fer referència a un element de context que tindria un gran impacte en l'atenció residencial de la gent gran a Espanya i, particularment, sobre el perfil d'usuaris atesos per les residències. Ens referim a la implementació, a partir del gener de 2007, de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, l'aplicació de la qual va reorientar el sector residencial cap a les persones amb un grau més elevat de dependència i, per tant, amb un estat de salut més fràgil. “Abans no hi havia tanta necessitat que el metge de l'EAP anés a les residències, perquè la problemàtica dels usuaris era més social que no pas sanitària”, argumenta Sílvia Cordoní, de l'àmbit d'atenció primària de Barcelona de l'ICS. “La Llei de la dependència claríssimament ha modificat el perfil de la població residencial i, per tant, probablement ha estat un factor determinant en l'alta càrrega sanitària i l'elevada despesa farmacèutica que s'estaven generant. Amb la Llei es fa més necessari endreçar aquesta càrrega sanitària dins de les residències”, comenta Cristina Minguell, de Mutuam.

Davant d'aquest escenari, a finals de l'any 2008, la direcció de Serveis i Programes del Consorci Sanitari de Barcelona va plantejar-se la necessitat d'introduir canvis en el model d'atenció per als pacients residencials. La solució que es va idear va ser crear uns equips assistencials específics que, amb au-

2 Els “serveis d'atenció primària” (SAP) són les unitats funcionals i territorials en què s'estructura l'àmbit d'atenció primària de l'ICS a la ciutat de Barcelona. Actualment n'hi ha dos: el SAP Muntanya-Dreta i el SAP Litoral-Esquerra.

tonomia de gestió, però coordinats amb els EAP, s'encarreguessin d'atendre aquests pacients traslladant-se als centres residencials, és a dir, per mitjà de l'atenció domiciliària. Mutuam, organització amb experiència en la prestació de serveis sanitaris, sociosanitaris i socials a Catalunya, es convertiria en l'entitat contractada per executar el programa mitjançant la creació i la gestió d'aquests equips, de nova creació, a partir de 2009.

Missió i línies de servei dels EAR

Els EAR són equips interdisciplinaris experts en geriatría que s'integren en l'atenció primària comunitària per donar suport en l'assistència sanitària dels pacients institucionalitzats en els centres residencials socials de la ciutat de Barcelona. El seu objectiu general és, per tant, garantir, des del sistema públic de salut, l'atenció sanitària i la continuïtat assistencial de les persones grans fràgils o en risc elevat de fragilitat, mitjançant l'atenció domiciliària que presten els seus equips itinerants distribuïts pel territori, i en col·laboració amb els professionals que depenen de les residències.

Els serveis que presten els EAR poden ser agrupats en tres línies d'atenció diferenciades:

- **Atenció al pacient crònic:** consisteix en una assistència proactiva i programada, la qual s'inicia amb la identificació dels pacients residencials, la seva valoració geriàtrica integral, l'elaboració d'un pla individualitzat interdisciplinari i el seguiment posterior dels residents en el marc d'aquest pla. La intensitat d'aquest seguiment varia en funció de la complexitat del pacient, així com del volum de recursos assistencials sanitaris (equip mèdic i d'infermeria) de què disposa cada centre residencial.

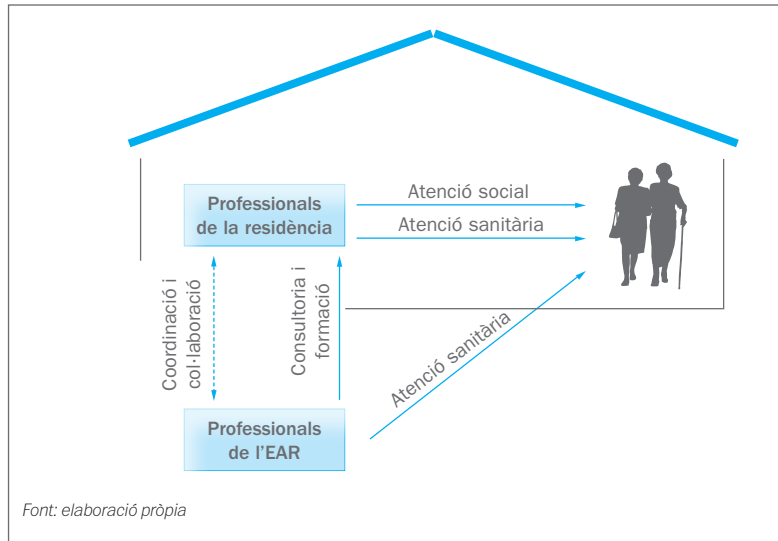
Aquest servei implica que l'atenció que formalment correspon als equips d'atenció primària de salut és assumida en la seva totalitat pels EAR. Aproximadament 9.000 persones usuàries de 163 residències diferents són ateses a la ciutat de Barcelona sota aquesta fórmula.

- **Atenció aguda:** dona resposta, sota demanda d'una residència, a problemes aguts i de desestabilització dels pacients que puguin produir-se els caps de setmana i els dies festius al llarg de tot l'any. En aquests casos, els EAR hi intervenen mitjançant una consulta telefònica o traslladant-se fins al centre residencial, si convé. En el marc d'aquesta línia d'atenció, els EAR tenen pactat un protocol d'actuació amb les residències i amb el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) de manera que, davant d'un cas susceptible de ser urgent, els centres es posen en contacte amb els EAR, els quals fan una valoració de la problemàtica i decideixen si mobilitzen un recurs propi o bé deriven el cas al SEM.

Aquest servei s'adreça als centres on es presta atenció crònica, així com a altres residències on els EAR només actuen els caps de setmana per a l'atenció aguda. En total són 271 residències, que sumen un conjunt de 12.000 places, aproximadament.

- **Formació i consultoria:** una de les funcions bàsiques dels EAR és treballar conjuntament amb els professionals de les residències per acordar protocols d'actuació comuns que segueixin les pautes fixades pel sistema públic de salut i actuar com a agents de formació continuada dels professionals dels centres. Aquesta tasca es duu a terme mitjançant reunions bilaterals entre els EAR i les residències, i també a través d'accions formatives que responen a dos formats diferenciats: una formació oberta a tots els centres, que es planifica anualment, o bé una formació a demanda d'una residència concreta, habitualment adreçada als auxiliars de geriatría. Aquesta línia també inclou un servei de consultoria que, sota demanda, ofereix una segona visió en geriatría sobre un pacient crònic complex.

Model de relacions residència - EAR - usuari/pacient



Els actors

- **El Grup Mutuam** té el seu origen en la mutualitat asseguradora Montepío Textil de Enfermedades, la qual va néixer l'any 1905 per prestar assistència sanitària i hospitalària als pensionistes del sector tèxtil de Catalunya. A principis dels anys noranta, l'entitat va iniciar una etapa de renovació i de creixement que es caracteritzaria per la diversificació de l'activitat, per l'especialització en l'atenció a la gent gran i per la seva col·laboració amb els departaments de la Generalitat encarregats de l'assistència sanitària i dels serveis socials. Avui dia, Mutuam és un grup d'organitzacions sense ànim de lucre amb diferents línies de serveis en l'atenció sanitària primària, especialitzada i sociosanitària; l'atenció social a persones grans i amb discapacitat, i l'activitat asseguradora, que té 960 professionals, 1.559 places d'atenció social i sociosanitària i una facturació anual de prop de 46 milions d'euros.

- **El Consorci Sanitari de Barcelona (CSB)** és un ens públic constituït per la Generalitat de Catalunya i l'Ajuntament de Barcelona, adscrit funcionalment al Servei Català de la Salut (CatSalut), que assumeix, a la ciutat de Barcelona, les funcions previstes per a les regions sanitàries en què s'organitza territorialment aquest ens, és a dir: la planificació, la contractació de serveis, el finançament i l'avaluació dels centres, els serveis i els establiments d'atenció sanitària, sociosanitària i de promoció i protecció de la salut. El CatSalut és, com s'acostuma a definir, "l'asseguradora pública" de serveis sanitaris de la Generalitat, orgànicament i funcionalment adscrit al Departament de Salut, i que s'encarrega de comprar els serveis als proveïdors de salut. En el cas que ens ocupa, el CSB va ser l'actor promotor del programa, és a dir, l'organització des de la qual va sorgir la iniciativa de crear els dispositius que s'acabarien convertint en els EAR.
- **L'Institut Català de la Salut (ICS)** és l'empresa pública que aglutina el conjunt de centres i de serveis sanitaris que són propietat de la Generalitat de Catalunya. Amb una plantilla de 39.500 professionals, actualment gestiona 8 hospitals, 288 EAP –3 dels quals en col·laboració amb aliances estratègiques– i prop de 150 serveis sanitaris d'altres tipologies. Els EAP de l'ICS tenen assignats 5,8 milions de ciutadans/assegurats, cosa que representa aproximadament el 78% de la població catalana. És, per tant, el principal proveïdor d'atenció primària a Catalunya i també a la ciutat de Barcelona.
- **Altres proveïdors d'atenció primària de salut:** l'ICS no és, tanmateix, l'únic proveïdor d'atenció primària a Catalunya, sinó que hi ha altres entitats públiques, privades i publicoprivades que, sota diferents fórmules jurídiques, estan concertades amb el CatSalut. Com veurem més endavant, els EAR no tan sols s'adrecen als residents que tenen assignat un EAP de l'ICS, sinó que també treballen amb els EAP d'altres proveïdors, tot i que amb lògiques i intensitats diferents. Concretament, a la ciutat de Barcelona, participen en el programa els proveïdors següents:
 - **Consorci Sanitari Integral:** entitat participada pel CatSalut, l'ICS, els ajuntaments de l'Hospitalet de Llobregat i de Sant Joan Despí, el Consell Comarcal del Baix Llobregat i la Creu Roja, que gestiona al

conjunt de Catalunya 4 EAP –2 a Barcelona–, a més de 3 hospitals i altres dispositius assistencials sanitaris i socials.

- **CAPSE:** consorci constituït per l'ICS i l'Hospital Clínic de Barcelona, que gestiona 3 EAP de l'Eixample de Barcelona, entre altres serveis.
- **Entitats de Base Associativa (EBA):** entitats privades sense ànim de lucre, integrades majoritàriament per professionals de la medicina i la infermeria, que gestionen un EAP. A Barcelona, actualment, hi ha 8 EAP que funcionen amb aquesta fórmula.³
- **Les residències de gent gran:** la seva rellevància, en aquest cas, no es limita al fet de ser els escenaris on es produeix l'activitat preventiva i assistencial dels EAR, sinó que la coordinació entre els professionals dels centres residencials i els del Mutuam és una de les claus per garantir l'èxit del programa. A la ciutat de Barcelona, les residències que participen al programa –totalment o bé parcialment amb l'atenció aguda dels caps de setmana– sumen un conjunt de 271 centres que, sota diferents titularitats i formes de gestió, i amb característiques ben heterogènies quant a capacitat i tipologia de serveis i usuaris, tenen aproximadament 12.000 places.
- **Finalment, l'Institut Català d'Assistència i de Serveis Socials (ICASS)** és un altre actor que cal considerar en aquest cas, tot i que el seu rol en el desenvolupament dels EAR hagi estat menor. Aquest ens públic, adscrit al Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat, és l'encarregat de gestionar les prestacions econòmiques i de servei en matèria d'assistència i de serveis socials a Catalunya. De manera anàloga al CatSalut, l'ICASS assumeix les funcions de planificació, de compra, de finançament i d'avaluació dels centres, dels serveis i dels establiments de serveis socials –entre els quals hi ha les residències d'atenció a la gent gran– i, al mateix temps, de manera anàloga a l'ICS, actua com a proveïdor dels serveis socials propietat de la Generalitat, gestionant-los

³ Dels 5 EAP que hi ha a Barcelona gestionats per EBA, un d'ells no participa al programa dels EAR. Així mateix, els dos EAP gestionats per l'entitat pública PAMEM tampoc no en formen part. La resta dels EAP de la ciutat i, per tant, les residències que estan ubicades al seu àmbit territorial de referència, sí que són copartípics d'aquest servei.

directament o indirectament mitjançant concessions. En relació amb els EAR, el principal rol de l'ICASS és com a finançador/comprador d'una petita part del seu cost; concretament, de l'anomenat “mòdul social”, que es tradueix en el suport de professionals del treball social.

Primera fase: planificació i prova pilot

A finals de l'any 2008, la Direcció Executiva de Serveis i Programes del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) va iniciar el disseny i la planificació del que posteriorment acabarien sent els EAR. Segons Àlex Guarga, del CSB, “nosaltres consideràvem que el suport que feia el sistema públic de salut als centres residencials es feia a molta distància, i més tractant-se d'un col·lectiu tan vulnerable. Vam pensar que calia donar un reforç als EAP per a l'atenció d'aquestes persones. Havia de ser, a més, un reforç molt orientat a l'atenció individualitzada. La demanda que vam fer és que la cartera de serveis que oferissin aquests nous equips fos la mateixa que dona l'atenció primària de salut. Però que fos molt més intensiva per a persones amb malalties cròniques. I, a més, que els seus objectius fonamentals anessin orientats a: (1) el control d'aquestes malalties cròniques; (2) la reducció d'urgències hospitalàries; (3) reduir els ingressos hospitalaris, i (4) reduir la despesa farmacèutica, en la mesura que molts d'aquests pacients estan polimedcats”.

Aquest nou model de provisió de l'atenció primària de salut a les persones grans residents resultava beneficiós per a tots els actors. D'una banda, l'ICASS i els operadors de serveis residencials veien incrementada, quantitativament i qualitativament, l'atenció sanitària que rebien les seves persones usuàries; de l'altra, per als proveïdors de salut (ICS i altres), era una oportunitat per millorar l'atenció a un segment de la seva població de referència que no tenien ben resolta, alhora que els alliberava recursos que podien dedicar a altres funcions i a la resta dels seus pacients. Els EAR naixien, doncs, com una experiència en què tots els participants hi guanyaven.

Després que el CSB expliqués el projecte dels EAR a l'ICS i a la resta de proveïdors d'atenció primària, l'any 2009, de forma consensuada amb el sector, es decideix posar en marxa una experiència pilot per donar suport geriàtric a les residències ateses pels EAP de l'ICS de l'àrea nord de la ciutat, i es notifiquen per escrit les intencions del projecte a la direcció de l'ICASS i a les residències afectades.

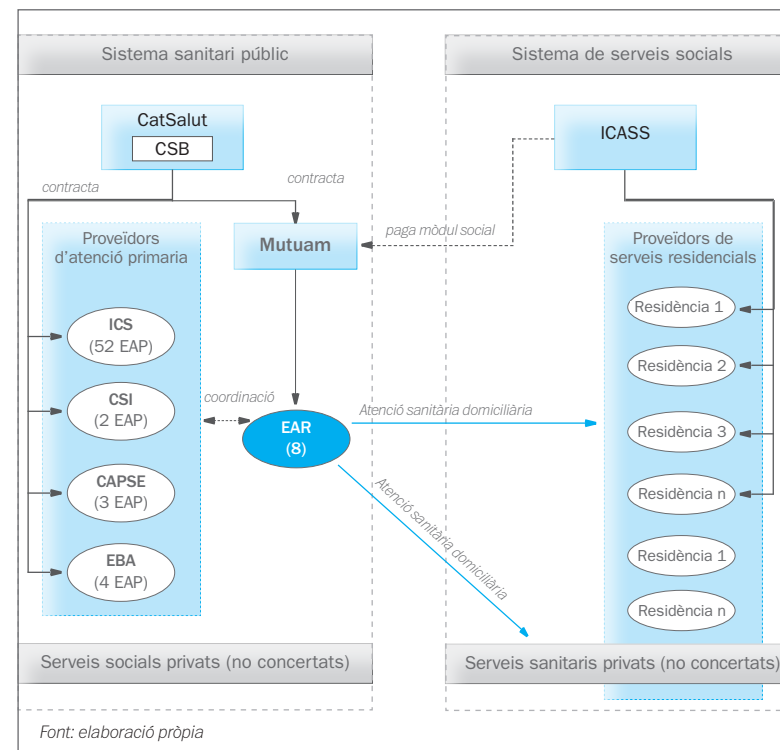
“Les condicions que vam pactar per al programa eren les següents”, explica Àlex Guarga, del CSB: “(1) Els equips de Mutuam assumien l'atenció primària dels residents. (2) Assumien, també, les derivacions de proves diagnòstiques de laboratori i de diagnòstic per la imatge, però seguint el patró d'utilització dels EAP. (3) Història clínica compartida entre l'ICS i Mutuam. Aquest era un element fonamental. No podríem tenir dues històries clíniques, s'havia de treballar amb la mateixa història clínica que l'atenció primària. (4) Emprar els criteris de prescripció farmacològica que utilitzés la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Aquí vam acordar que no generaríem dues vies per racionalitzar la prescripció farmacèutica. (5) Un enllaç molt directe dels EAR amb els recursos sanitaris presents al territori. Òbviament, amb els EAP, però també amb l'hospital de referència i la resta de recursos”.

El model pactat entre el CSB, l'ICS i Mutuam es basava, consegüentment, en què els EAR integraven les seves funcions en l'activitat assistencial dels EAP que tenien residències geriàtriques com a part de la seva població de referència. Els residents, doncs, continuaven tenint assignat el mateix EAP, però a partir d'ara tindrien un equip especialitzat en geriatria que es traslladaria regularment a cada residència per prestar l'atenció de salut que corresponia a l'àmbit de primària. Segon, els EAR assumien les funcions assistencials en col·laboració amb els professionals sanitaris de les residències. Els EAR no substituïen, per tant, la feina dels equips sanitaris dels centres socials, sinó que naixien per reforçar-los i treballar-hi conjuntament de manera coordinada. Tercer, per registrar la seva activitat, els EAR utilitzarien el sistema d'informació de l'ICS (l'e-CAP), cosa que significava compartir amb aquesta organització, entre d'altres, la història clínica, el mòdul de prescripció farmacèutica, la sol·licitud de proves diagnòstiques i complementàries, la compra de material clínic i les prestacions ortopèdiques, així com els circuits de derivació dels pacients a l'assistència especialitzada. Quart i últim, els EAR farien servir els

protocols d'actuació dels EAP i s'adequarien als seus objectius assistencials i pressupostaris, entre els quals cal destacar, per la seva rellevància, els de prescripció farmacèutica.

La posada en marxa de la prova pilot dels EAR, l'any 2009, es va iniciar amb un desplegament progressiu pels districtes de la zona nord de Barcelona (Sant Andreu, Nou Barris i Horta-Guinardó), que posteriorment s'estendria als districtes del litoral (Sant Martí i Ciutat Vella). En finalitzar aquest any, un total de 65 centres i 3.400 places residencials passaven a ser atesos, en l'àmbit de la salut, per uns equips de Mutuam creats *ad hoc* sota una fórmula de col·laboració públicoprivada.

Model de governança



Segona fase: expansió i consolidació

Un cop la prova pilot dels EAR va gaudir d'un cert rodatge, amb la implantació en cinc districtes de la ciutat, el CatSalut va realitzar i va publicar una avaluació sobre l'experiència. Els resultats, clarament positius, van legitimar el programa i van garantir-ne la continuïtat fins al dia d'avui.

La consolidació dels EAR no tan sols va suposar ampliar-ne l'abast territorial al conjunt de Barcelona, sinó també haver de treballar, a més de l'ICS, amb altres proveïdors d'atenció primària que operaven a la ciutat: CAPSE, Consorci Sanitari Integral (CSI) i les entitats de base associativa (EBA). Amb aquestes organitzacions, però, es van establir pactes de col·laboració diferents. Així, amb l'excepció dels 2 EAP gestionats pel CSI –en què els EAR actuen de manera molt similar que amb l'ICS, incloent-hi les tres línies de servei que hem vist anteriorment– “amb CAPSE i les EBA fem atenció aguda i a demanda els caps de setmana i els festius per donar suport a pacients fràgils que pateixen una desestabilització aguda, però el seguiment d'aquests pacients el fan els seus professionals”, explica Cristina Minguell. “A més, en aquests casos –hi afegeix– també fem consultoria: donem una segona visió de geriatria sobre un pacient crònic complex quan ens ho demanen. En aquests casos no hi ha una integració real, perquè no actuem sobre la història del malalt, sinó que fem un informe i l'emetem”.

Des d'aleshores, al llarg dels quatre anys que té el programa, els EAR s'han consolidat i recentment han iniciat la seva expansió territorial a les comarques del Vallès Oriental i Occidental, si bé amb un model organitzatiu diferent del que hi ha a Barcelona.

Un nou marc estratègic: el Pla de salut i el Programa de cronicitat

Tots els actors que intervenen en els EAR coincideixen a valorar com un element important en l'evolució del programa –i, en general, com una fita en

l'atenció a les persones grans fràgils a Catalunya– l'aprovació del Programa per a la prevenció i l'atenció a la cronicitat per part del Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família, i del Pla de salut de Catalunya 2011-2015 per part del Departament de Salut. Aquest pla incorpora com una de les seves línies d'actuació prioritària “un sistema més orientat als malalts crònics”, partint del diagnòstic següent:

“Tot i la gran importància que tenen els pacients crònics, els nostres serveis assistencials estan majoritàriament orientats a atendre pacients amb episodis aguts. Així, en el nostre sistema d'atenció, hi predomina una orientació molt reactiva orientada a resoldre episodis amb un grau elevat de fragmentació i de manca de coordinació entre nivells i serveis sanitaris i socials. [...] S'estima que més del 50% dels recursos estan dedicats al tractament de malalties cròniques o als episodis aguts que s'hi associen. Cal preveure que el seu pes sigui encara més significatiu en el futur [...] És per això que és necessari replantejar-se el model d'atenció.”⁴

Per als EAR, el Pla de salut i el Programa per a la cronicitat suposen un nou marc estratègic d'actuació i una nova font de legitimació. En aquest sentit, en el seu contingut hi trobem molts elements de la filosofia que inspira el programa, tal com podem constatar en llegir alguns dels objectius que planteja el Pla de salut:

- **Reforçar l'atenció primària** de salut com a nucli assistencial principal en l'atenció a la cronicitat.
- **Reorientar i “recuperar” l'atenció al domicili:** revisió del model, potenciació de la proactivitat en l'atenció en casos de fragilitat, treball multidisciplinari, mecanismes de coordinació entre l'atenció sanitària i social, eines TIC.
- **Reordenar el model assistencial** i de prestació farmacèutica a les residències geriàtriques.

⁴ Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, p. 84.

- **Crear un sistema assistencial integrat** que augmenti el grau de coordinació entre els diferents nivells assistencials (salut pública, atenció primària, atenció especialitzada, atenció sociosanitària).
- **Adquirir una visió interdepartamental** que inclogui el Departament de Salut i el de Benestar Social i Família –entre d'altres– i millorar les transicions dels pacients pels diferents àmbits d'atenció del sistema sanitari i social. Promoure un model d'atenció compartit i cooperatiu entre les organitzacions sanitàries i socials, i així redundar en una millora de la continuïtat assistencial i en l'atenció en general.⁵

De fet, aquest pla incorpora els EAR entre els exemples de bones pràctiques que s'estan duent a terme a Catalunya en l'àmbit de l'atenció a la cronicitat. Per a Àlex Guarga, del CSB, els EAR “van ser premonitoris del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat”, i per a Cristina Minguell, de Mutuam, “els EAR som un servei que compleix amb els requisits establerts pel Pla de salut per a l'atenció al pacient crònic, fet que ens empara com un servei necessari”.

Els resultats

Amb quatre anys de recorregut, els EAR ja disposen de força indicadors que mostren l'eficàcia i l'eficiència del programa. A continuació en mostrem alguns de referits a l'any 2012:

- El 100% dels pacients residencials crònics complexos identificats amb criteris EAR (1.114 persones) disposen d'una valoració geriàtrica integral i d'un pla d'atenció compartit amb la residència.
- 2.859 visites per desestabilització o reagudització d'un procés crònic amb seguiment en el 90% dels casos, i amb resolució a la mateixa residència en el 79,2% dels casos.

⁵ Extractes del Pla de salut de Catalunya 2011-2015.

- 1.633 valoracions amb criteris d'adequació (100%) de prestacions ortopèdiques i altres prestacions hospitalàries, com els complements nutricionals.
- Disminució de les derivacions a urgències i els ingressos hospitalaris dels pacients, amb un impacte estimat de 2.287 visites a urgències evitades, cosa que s'estima en 800.000€ en un any.⁶
- Racionalització de la despesa farmacèutica, amb una reducció d'entre un 6% i un 7% en la factura de prescripció, que suposa un estalvi de 730.747€ l'any 2012 i un total acumulat de 2.673.207€ entre 2010-2012.
- 16,6% de derivacions a especialistes evitades (393), amb un estalvi estimat de 78.600€.⁷
- 190 valoracions de tractaments per a la malaltia d'Alzheimer amb retirada de tractament, amb un estalvi estimat de 380.000€.⁸

Cristina Minguell considera que gràcies als EAR “ha disminuït enormement la derivació a especialistes, perquè el fet que un geriatra es desplaci a la residència evita –mitjançant la feina de consultoria treballada amb el metge del centre– moltes anades a l'hospital, a especialistes i a altres tipus de recursos. El fet que se li faci la prescripció adequada al pacient geriàtric n'evita, a més, la polimediació”. En definitiva, conclou que “els EAR han demostrat que donen molt bons resultats, tant en termes de qualitat assistencial com en termes d'eficiència en l'ús dels recursos públics”.

Factors crítics i claus de l'èxit de la col·laboració

Quan analitzem els EAR com una experiència de col·laboració publicoprivada (CPP), podem identificar-ne quatre factors crítics sobre els quals han pivotat

⁶ Mutuam estima que cada visita a les urgències hospitalàries té un cost mitjà de 350€.

⁷ Mutuam estima que una visita a l'especialista té un cost mitjà de 200€.

⁸ Mutuam estima el tractament anual en Alzheimer en 2.000€ per a cada pacient.

les dificultats, i la gestió oportuna dels quals ha resultat clau perquè avui dia puguem considerar aquest programa com un cas de CPP d'èxit. Aquests factors són:

- Els sistemes d'informació compartits.
- Els criteris clínics d'atenció i de prescripció compartits.
- El pressupost de compres i de despesa farmacèutica compartits.
- Les relacions humanes entre els professionals de les diferents organitzacions.

Pel que fa a la primera qüestió, les bases del pacte estratègic que van establir el CSB, l'ICS i Mutuam en la posada en marxa del programa incorporen, com a element clau del model, l'accés de Mutuam a la història clínica dels pacients residencials mitjançant el sistema d'informació e-CAP de l'ICS, qüestió que va haver de vèncer diverses dificultats organitzatives i de caire legal (per la protecció de dades de caràcter personal). “Un punt fonamental de la integració de serveis entre Mutuam i el proveïdor de primària és poder utilitzar la història clínica. Si el pacient és únic, la seva història clínica ha de ser també única. Perquè encara que el pacient tingui assignat un metge de Mutuam, continua pertanyent al seu EAP segons criteris de territorialitat. La complexitat del conveni que tenim amb l'ICS –explica Cristina Minguell– és, per tant, tenir accés a una història clínica i a unes eines informàtiques que són d'una altra empresa, així com la protecció de dades personals.”⁹ En relació amb aquesta mateixa qüestió, Àlex Guarga, directiu del CSB, valora que “les relacions són complexes, perquè l'ICS té l'e-CAP, que és la història clínica, i Mutuam és subsidiària d'aquesta infraestructura. En aquest sentit, la relació és complexa, no ha estat fàcil”.

L'ús de criteris d'atenció i de prescripció clínics compartits entre els EAR i els EAP va ser el segon element important del pacte fundacional entre les parts. Minguell, de Mutuam, ho explica així: “Nosaltres respectem tots aquells pro-

colocals que estan acordats i consensuats en aquell EAP quant a ús d'especialistes, accés a l'hospital, proveïdors de laboratori, proveïdors de proves complementàries. És a dir, al pacient no li han de canviar els circuits ni la xarxa de recursos, sinó que ha de veure millorat el seu accés a l'atenció pel fet que un equip extern va al seu domicili, que és la residència”. Per la seva part, Guarga, del CSB, considera que “Mutuam va entendre des del principi que el lideratge clínic, el lideratge de responsabilitat d'aquesta població i del territori, era de l'ICS, i així amb la resta de proveïdors”, fet que probablement ha contribuït a facilitar la col·laboració i l'entesa entre els actors.

El tercer element crític fa referència al fet que tota la despesa que realitzen els EAR en l'adquisició de material, proves diagnòstiques i receptes és gestionada a través del sistema e-CAP de l'ICS, i s'imputa al pressupost que té assignat cada EAP. En paraules de Sílvia Cordoní, de l'àmbit d'Atenció Primària de l'ICS, “la complexitat més gran que tenim en aquest cas és que uns professionals que no són propis gestionen un pressupost que és de l'ICS, perquè el pressupost de compres i de farmàcia està vinculat a cada EAP. El CatSalut no pot transferir pressupost a Mutuam. Per tant, som nosaltres els que assumim la responsabilitat i el risc de complir amb els objectius de despesa. Això ha pogut generar de vegades petites discrepàncies, però fem reunions periòdiques. No és un tema d'incidència, sinó un problema de com s'estableix la governança de qui fa què, qui controla què i de qui són els diners”. Respecte, d'aquesta qüestió, Cordoní assenyala que Mutuam ha demostrat un alt compromís i eficàcia en el control de la despesa farmacèutica de les residències i la seva adequació als objectius fixats per Salut.

El darrer factor crític de la CPP respon a l'interrogant que hi podia haver sobre la qualitat de les interaccions que es produïrien entre el CSB, Mutuam, l'ICS, la resta de proveïdors d'atenció primària de salut i les residències geriàtriques. Totes les parts coincideixen a valorar com a molt bones aquestes relacions, tant en l'àmbit directiu com en la prestació del servei, amb excepcions no representatives. Pel que fa a les relacions entre els estrats directius de les organitzacions, cal dir que la persona que Mutuam va contractar per dirigir els EAR, la Cristina Minguell, venia d'un llarg recorregut a l'Administració pública: havia treballat a l'ICS, al CSB i al Departament de Salut, especialment en l'àmbit de

⁹ Els professionals de Mutuam accedeixen a la història clínica dels residents mitjançant dispositius informàtics remots en un entorn web.

l'atenció sociosanitària. Aquest factor i la veterania de Mutuam com a entitat prestadora de serveis per a l'Administració pública podem considerar-los com a agents facilitadors en l'entesa recíproca entre les parts. Així ho explica Minguell: “Nosaltres, tot i que som una empresa privada, tenim una alta vocació de servei públic. De fet, una part important de la nostra facturació té com a origen serveis per a l'Administració. Això facilita l'entesa amb el vessant públic. Entenem les dificultats que hi ha, de vegades, a treballar en marcs normatius públics, perquè nosaltres estem sotmesos a aquesta mateixa legislació quan tenim contractes amb l'Administració. Coneixem la normativa de serveis socials –per la contractació que tenim amb l'ICASS– i la sanitària –per la contractació que tenim amb Salut. Som coneixedors, per tant, dels dos vessants”.

En aquest punt cal assenyalar, d'altra banda, que tant el sistema sanitari com el sistema de serveis socials catalans s'han caracteritzat, des dels seus orígens –i a diferència d'altres models– per la seva configuració com a xarxes que integren un gran nombre de proveïdors públics, privats i publicoprivats concertats. Aquest fet ha estat també, probablement, un element facilitador implícit del marc de CPP que té lloc en aquest cas.

Pel que fa a les relacions entre els professionals que estan en el nivell de la prestació, la reacció que van tenir els professionals de l'atenció primària de salut davant el projecte dels EAR va ser positiva. Segons Sílvia Cordoní, de l'ICS, “a Barcelona no es va viure com una pèrdua per part dels EAP, sinó com un avantatge. Perquè allò que no s'havia pogut fer ara ho feia algú altre”. En paraules de Cristina Minguell, de Mutuam, “a l'ICS vam ser molt ben benvinguts, especialment en l'experiència pilot. En general, la rebuda va ser bona, perquè els descarregàvem d'una tasca que ells no eren capaços de fer –amb excepcions– pel temps de dedicació que requereix, especialment si l'exigència era visitar els pacients. D'altra banda, el fet que fóssim un proveïdor de serveis sociosanitaris, sanitaris i socials conegut i gran, jo crec que també els donava una certa confiança”.

El principal volum d'interaccions que es produeixen en l'execució del programa, no obstant això, té com a protagonistes els integrants dels 8 EAR i els professionals de les residències on el programa desplega les seves tres línies de

servei (atenció crònica, aguda i consultoria i formació). D'aquí que la qualitat de les relacions que tenen lloc en aquest context sigui un dels elements clau per al funcionament correcte del programa. “La complexitat de la nostra feina –explica Minguell– ve donada per la gran quantitat d'interlocutors que actuen sobre un pacient residencial. És a dir, no tan sols el pacient és complex, sinó que també ho és el seu entorn. Hi ha una sèrie de professionals (auxiliars, infermeres, metge) que treballen a les residències i que tracten amb el pacient en el dia a dia. El repte és aconseguir que aquests professionals treballin conjuntament amb nosaltres, en la mateixa direcció, sense interferir-nos i sense duplicitats. El repte és com fer que aquestes persones compleixin els nostres protocols, segueixin les nostres línies de treball –que són les de Salut– sense imposar-les; senzillament, intentant convèncer-los que aquestes línies són les adequades i les més eficients. Per aquest motiu sempre treballem de manera consensuada amb l'equip de la residència”.

Des de Mutuam expliquen, tanmateix, que les relacions amb les residències han hagut de vèncer alguns obstacles: “Inicialment, amb la majoria de residències, va anar molt bé, vam tenir molta bona rebuda. Però algunes van visualitzar que nosaltres podríem ser uns fiscalitzadors del que feien, o uns auditors de la despesa. El temps ha demostrat, però, que no es tractava de fiscalitzar ningú. Es tracta de treballar contínuament. Actualment les residències veuen en nosaltres una aportació”, argumenta Minguell.

Valoració de l'experiència i de la col·laboració publicoprivada per part dels actors

La valoració que els actors fan dels EAR després de quatre anys en funcionament és altament positiva, tal com podem observar a través de les seves pròpies paraules:

- “Penso que és un molt bon programa, que si no hi hagués estat, l'hauríem hagut de crear. La figura d'atenció residencial des de Salut s'havia de crear sí o sí” (Sílvia Cordoní, ICS).

- “Quant a resultats, és una experiència molt bona” (Àlex Guarga, CSB).
- “La idea de l'EAR és bona: equips específics atenent la població residencial. L'EAR com a equip multidisciplinari, integrat amb Primària per atendre de manera específica el pacient residencial, és bona” (Cristina Minguell, Mutuam).

L'opinió majoritària dels responsables de les residències geriàtriques és, així mateix, molt positiva, segons es desprèn dels resultats de l'enquesta de satisfacció realitzada l'any 2012, de la qual podem destacar els ítems següents:

- El 85% de les residències diuen estar força o molt satisfetes amb el servei que presten els EAR, i el 0% diuen no estar-ne gens satisfetes.
- El 92% opinen que l'atenció d'infermeria ha millorat bastant o molt en els centres.
- El 89% creuen que l'atenció mèdica ha millorat bastant o molt.¹⁰

Preguntats sobre quin és el valor afegit que aporta al projecte el fet que el prestador del servei sigui una entitat privada, els actors en destaquen dos elements: flexibilitat i expertesa. “La flexibilitat de gestió i l'adequació de fórmules organitzatives que ens permeten la contractació d'una entitat d'aquest tipus és molt més alta que la de l'ICS”, comenta Àlex Guarga, del CSB, que posa com a exemple més il·lustratiu la dificultat que hauria suposat que els professionals de primària de l'ICS fessin una atenció de 8.00 a 20.00 hores els caps de setmana i els festius. Cristina Minguell, de Mutuam, ho veu de manera similar: “el fet de ser una empresa diferent aporta flexibilitat en la gestió. Ens podem adaptar a les diferents realitats que ens anem trobant, ja que els EAR són equips molt flexibles. També tenim més fàcil poder contractar personal específic per a aquest programa. Tot això, en una organització pública, no és ni de bon tros tan fàcil. És veritat que hi ha EAP que intenten resoldre la mateixa problemàtica des de les seves estructures, però segurament tenen més

¹⁰ Enquesta de satisfacció realitzada per la direcció dels EAR de Mutuam, l'any 2012, sobre el total de residències a les quals presta atenció domiciliària al pacient crònic. Es demanava una sola resposta per centre residencial. El grau de resposta va ser del 65%.

dificultats. D'altra banda, a més de l'agilitat, Mutuam té tota una expertesa i una experiència en el sector de la geriatria que s'aboca en aquests equips”.

Si bé els EAR responen a un model d'organització i de governança únics a Catalunya, el cert és que, en els darrers anys, en diversos indrets del territori, s'han posat en marxa diferents experiències, més o menys formalitzades, per a l'atenció de les persones grans institucionalitzades. L'envelliment progressiu de la població, la implementació del sistema d'autonomia i atenció a la dependència, i l'especial atenció que el sistema de salut vol donar als malalts crònics ha empès en aquesta direcció. En aquest sentit, tot i la valoració positiva que reben els EAR per part dels actors, tots ells coincideixen a assenyalar que no és un model que es pugui exportar de manera automàtica a altres contextos. Segons Sílvia Cordoní, de l'ICS, “com que la casuística geogràfica és molt diferent, una solució única per a tots no té gaire sentit. Territorialment s'han donat respostes diferents en funció de l'estructura de proveïdors, de la presència i la concentració de les residències i de la provisió de serveis que hi ha al territori. Tenim àrees bàsiques de salut amb 200 o 300 llits residencials per a un sol EAP, cosa que suposa una distorsió enorme per a la feina de l'equip. En canvi, hi ha altres territoris que no tenen cap residència. Hi ha casos en què l'entitat propietària de la residència també té serveis socio-sanitaris, i el CatSalut contracta l'atenció primària al centre socio-sanitari. No hi ha, doncs, un model únic”. En la majoria de casos, tanmateix, l'atenció continua a mans dels EAP, si bé molts d'ells han adoptat mesures per millorar la qualitat assistencial, com, per exemple, que un facultatiu de l'equip s'encarregui exclusivament de l'atenció a la població resident als centres geriàtrics.

Els reptes de futur

El fet que els EAR i l'ICS comparteixin els sistemes d'informació de la plataforma e-CAP és, com hem vist, una de les fortaleces que tots els actors destaquen del model. Tanmateix, els sistemes d'informació són vistos, alhora, com el principal repte de futur, ja que la seva configuració actual no permet

explotar les dades d'activitat dels EAR de manera àgil, autònoma ni diferenciada de l'activitat global dels EAP. A aquesta problemàtica, Sílvia Cordoní, de l'ICS, hi afegeix “el tema pressupostari i de control de la despesa farmacèutica. Estaria molt bé que els EAR poguessin gestionar el seu propi pressupost, que el CatSalut trobés un nou tipus de contractació específica per a aquests equips. També es guanyaria en eficiència si ells poguessin gestionar les seves compres”. Qüestions amb què Cristina Minguell, de Mutuam, es mostra d'acord.

Cordoní també planteja com a repte pendent més enllà del programa EAR, pel que fa al sistema, millorar la coordinació de l'atenció continuada “7 per 24”. “Per donar una bona atenció al pacient geriàtric residencial, ens hem de coordinar millor tots els recursos del territori”, assenyala, i entre aquests recursos hi inclou els EAP, el SEM, els dispositius sociosanitaris, els hospitals d'aguts i els EAR. “Però la coordinació a Barcelona ciutat és molt difícil, perquè som molts els actors que hi intervenim”, conclou.

Per a Cristina Minguell, de Mutuam, hi hauria dues qüestions més a millorar. La primera és la necessitat de replantejar-se alguns elements del model funcional i organitzatiu dels EAR a Barcelona. Segons la seva opinió, seria positiu que els EAR passessin a centrar-se més en les activitats que específicament corresponen a un servei especialitzat en geriatría, i que algunes activitats de caire més bàsic fossin més compartides amb els EAP.

L'altre repte pendent que assenyala Minguell fa referència a una problemàtica que podem qualificar d'històrica: la necessitat de millorar la col·laboració i la coordinació entre el sistema de salut i el sistema de serveis socials. “Els serveis i les pautes d'atenció per a un ciutadà català que està en una residència les marquen dues conselleries. Una, el Departament de Salut, amb la potestat de ser el responsable dels serveis sanitaris d'aquest pacient i, l'altra, el Departament de Benestar Social i Família, amb la responsabilitat de ser el garant del seu entorn i el seu benestar. Seria positiu, per tant, que els dos departaments compartissin objectius i indicadors, de manera que tots els implicats treballéssim en la mateixa direcció quant a protocols, guies farmacològiques, despesa, etc.”.

Epíleg

Acabem el relat amb una frase de Cristina Minguell que sintetitza la complexitat d'aquest cas i, alhora, assenyala la solució per als reptes que té plantejat:

“Sovint es destaca que el més rellevant dels EAR són les fites aconseguides en la prescripció i la conciliació. Però jo vull extreure aquesta idea i afegir-hi que no és només això: el fonamental és el treball en xarxa entre totes les persones i organitzacions, públiques i privades, de salut i de serveis socials, que intervenen a l'entorn del pacient gran residencial”.

És a dir, la clau és la col·laboració.



Programa PARTNERS

Més informació:

Programa PARTNERS, ESADE
Av. de Pedralbes, 60-62
08034 Barcelona, Espanya

Persona de contacte:

Srta. Ruxandra Radulescu
Telèfon: +34 93 495 20 83
ruxandra.radulescu@esade.edu

www.esade.edu/igdp

PROGRAMA PARTNERS 9

Són promotors de PARTNERS:

