



Avaluació del Servei Local de Teleassistència Domiciliària de la Diputació de Barcelona

Informe final

22 de febrer de 2012

Avaluador principal: David Casado

Equip de Treball: Jordi Sanz

Lluís Ferrer

L'elaboració d'aquest estudi ha comptat amb el suport de:



**Diputació
Barcelona**



Resum executiu

Què és el Servei Local de Teleassistència?

El propòsit fonamental del **servei local de teleassistència** (SLTA) és fer possible que persones que no requereixen atenció permanent i presencial, però que tenen el risc de ser institucionalitzades, puguin continuar vivint en l'entorn habitual gràcies a la seguretat que el servei els proporciona. A la província de Barcelona, on la Diputació col·labora en el seu impuls amb els ajuntaments (excepte a Barcelona ciutat), el SLTA ha experimentat un creixement molt important durant els darrers 5 anys: si l'any 2005 s'atenien a la província 3.800 persones amb un cost anual d'uns 150.000 euros, les xifres previstes per al 2011 són de 60.000 usuaris i prop de 13 milions d'euros, finançats amb aportacions dels ajuntaments (42%), l'IIMSERSO (29,8%) i la Diputació de Barcelona (26,6%).

Objectius de l'avaluació

El present informe té com a objectiu abordar l'avaluació del SLTA en una doble vessant. En primer lloc, després de més de 5 anys de funcionament del programa, és un bon moment per analitzar diverses qüestions relatives a la seva **implementació**: quina cobertura ofereixen els diversos municipis, quines característiques tenen les persones que reben SLTA, quin paper juguen els copagaments en el finançament del servei, etc. D'altra banda, en un moment en que la crisi econòmica exigeix portar a terme programes públics cost-efectius, resulta especialment adequat valorar si els **impactes** que s'esperen del SLTA, com ara la disminució en les taxes d'institucionalització prematures, s'estan assolint en la pràctica o no.

Mètodes

La **metodologia** emprada per intentar donar resposta a les qüestions anteriors descansa sobre tres aproximacions complementàries: 1) una **revisió de la literatura internacional** amb el doble propòsit de conèixer com s'ha implementat aquest servei en els països del nostre entorn, així com els resultats de les avaluacions existents; 2) una **anàlisi qualitativa**, amb entrevistes a informants clau del programa (polítics, gestors, treballadors socials, etc.), que pretenen copsar la visió d'aquestes persones sobre el funcionament del servei en la pràctica; i 3) mitjançant l'explotació de les bases de dades disponibles, una **anàlisi quantitativa** que explora tant les qüestions relacionades amb la implementació del programa (cobertura, condicions d'accés, etc.) com les relatives als seus impactes.



Conclusions i recomanacions

El grau de cobertura

- En els darrers 5 anys tots els municipis de la província de Barcelona han vist incrementades llurs taxes de cobertura del SLTA. Les importants diferències que existeixen entre els municipis, no obstant això, s'han mantingut estables al llarg del període.
- Les diferències entre els municipis en les taxes de cobertura de la teleassistència no semblen tenir cap relació amb la renda mitjana de cada un d'ells. En canvi, pel que fa a la relació entre les taxes de cobertura i el grau d'envelliment, les dades suggereixen l'existència d'una moderada associació negativa entre ambdues variables.
- A l'any 2011, segons revela l'anàlisi qualitatiu, s'ha intentant reduir el ritme d'expansió del programa posant topalls al número de terminals per aquells municipis amb una cobertura superior al 12 %¹.
- Les ràtios de cobertura a l'ús, que simplement relacionen el número d'usuaris amb la població amb 65 anys o més, no resulten adequades. Els indicadors rellevants haurien de relacionar el número d'usuaris amb la població que necessita el servei (població diana).

Recomanacions

- Evitar utilitzar ràtios de cobertura simples (usuaris/població amb 65 anys) per assignar els recursos entre els municipis.
- Construir indicadors que permetin analitzar fins a quin punt l'oferta de terminals a cada municipi permet minimitzar l'existència de persones amb necessitats no cobertes.
- La construcció d'aquests indicadors podria abordar-se amb la generalització de l'enquesta 'Més a Prop' a més municipis.

¹ Degut a una aportació pressupostària menor de les administracions participants, s'ha moderat el creixement del servei en els darrers anys. En aquest sentit, s'ha pres com a referència els nivells de cobertura exposats per la Generalitat de Catalunya al seu Pla Estratègic de Serveis Socials 2011-2013 (10,39% de cobertura per al 2011 i 13% de cobertura per al 2013), per la qual cosa la Diputació de Barcelona ha establert un llindar de cobertura del servei del 12%.



- En qualsevol cas, mentre es desenvolupen aquests indicadors de cobertura de “segona generació”, es podria explorar un mecanisme que permetés que els excedents i els dèficits entre municipis poguessin compensar-se entre si.

La població diana

- La teleassistència resulta cost-efectiva, segons la literatura internacional, quan es proporciona a persones que conserven un cert grau d'autonomia –emfasitza la seva vessant més preventiva. A casa nostra, segons ha posat de relleu l'anàlisi qualitativa, els professionals implicats en la gestió i provisió del servei s'alineen amb aquesta orientació.
- L'anàlisi quantitativa confirma que, en general, el SLTA s'acaba subministrant a persones que reuneixen aquest perfil. Així, la probabilitat de convertir-se en usuari del servei és major entre aquelles persones grans que podríem qualificar de fràgils, això és, aquelles que han caigut o tenen por de caure, aquelles que tenen un risc més elevat d'acabar tenint problemes de dependència, o aquelles que tenen un estat de salut dolent.
- No obstant això, malgrat aquests factors semblen haver guiat el procés d'assignació del servei per part dels treballadors socials, l'anàlisi qualitativa ha posat de relleu que, en realitat, la pràctica totalitat de persones que sol·licitaven el servei l'acabaven rebent. Tanmateix, fruit de l'establiment dels topalls anteriorment esmentats, els treballadors socials han hagut de prioritzar l'accés al servei de manera més explícita darrerament i, per tant, han tendit a utilitzar amb més profusió els criteris de prioritització suggerits per la DIBA.
- Segons l'anàlisi qualitativa, cada cop més persones amb un grau de dependència reconegut per l'SCAAD s'apropen als serveis socials municipals, sol·licitant rebre SLTA, la qual cosa disminueix les possibilitats d'atorgar aquest servei a persones amb un major grau d'autonomia personal.

Recomanacions

- Els criteris de la DIBA són massa genèrics com per permetre donar prioritat a les persones que poden beneficiar-se en major grau de l'ús del servei. Cal elaborar perfils més concrets que es basin en els resultats d'avaluacions d'impacte rigoroses, avui per avui inexistents en el nostre entorn.



- Tanmateix, a l'espera dels resultats d'aquestes avaluacions, suggerim mantenir la direcció actual i seguir prioritant aquelles persones que viuen soles i preserven un grau d'autonomia elevat.
- Les sol·licituds dels usuaris amb dependència reconeguda per l'SCAAD s'haurien de prioritzar a l'hora d'accedir al servei si, i només si, reuneixen els requisits que caracteritzen els usuaris idonis del SLTA.

El temps d'ús del servei

- L'anàlisi quantitativa ha posat de manifest l'existència de trajectòries d'ús del servei força dilatades en el temps. Així, si ens fixem en la cohort d'usuaris que varen començar a utilitzar el SLTA l'any 2005, un 40% encara el continua fent servir 6 anys després. Les dades disponibles no permeten analitzar fins a quin punt algunes d'aquestes estades, o d'altres que varen acabar abans, resulten innecessàriament llargues o no.
- Tanmateix, els resultats de l'anàlisi qualitativa semblen apuntar també en aquesta direcció; més concretament, els entrevistats assenyalen l'existència d'usuaris que segueixen rebent el servei però no en treuen el màxim profit, ja que, fruit de canvis en l'estat de salut i/o pèrdua d'autonomia, han deixat de viure sols o estan la major part del temps acompanyat, tornant-se menys necessari l'ús del SLTA.

Recomanacions

- Podria posar-se en marxa una prova pilot per tal de testar les possibilitats de desenvolupar un sistema d'*audits* aleatoris d'alguns dels usuaris, amb l'objectiu de detectar estades innecessàriament llargues, però més important encara, establir els incentius adequats a l'empresa proveïdora per tal de reportar aquests casos.
- Els copagaments podrien esdevenir un mecanisme alternatiu que podria aconseguir, entre altres objectius, reduir l'abast de les estades innecessàriament llargues.



El paper dels copagaments

- L'anàlisi qualitativa mostra que alguns treballadors socials veuen en els copagaments una via per fer disminuir les llistes d'espera, ja que el major finançament que es produiria permetria expandir el recurs sense haver de recórrer a l'establiment dels topalls actuals sobre el número de terminals o, si més no, reduir-ne l'ús.
- L'existència de copagaments per a finançar els SLTA ja constitueix una realitat al nostre entorn, com palesa el fet que varies desenes de municipis de Barcelona els apliquin, i és la tònica general a la majoria dels països del nostre entorn (Holanda, Regne Unit, Suècia, etc.).
- En un moment de crisi com l'actual, amb restriccions importants pel que fa a la disponibilitat de fons públics, cal explorar mecanismes de finançament alternatius, com ara els copagaments, mitjançant un debat sense apriorismes i basat en anàlisis empíriques rigoroses.

Recomanacions

- L'anàlisi dels sistemes de copagament exigeix millorar la quantitat i la qualitat de la informació actualment disponible sobre aquells municipis que ja els apliquen. En particular, seria important conèixer la quantia d'aquests copagaments, si hi ha exempcions, el seu poder recaptatori, etc., ja que són aquests atributs els que determinen els possibles efectes dels copagaments sobre l'ús del SLTA.
- Els resultats d'aquestes anàlisis haurien de conduir, a parer nostre, a una certa homogeneïtzació entre els municipis en l'ús dels esquemes de copagament, però no com a resultat de l'establiment de cap protocol general, sinó per disposar els ajuntaments d'evidències empíriques sobre les característiques dels copagaments que tenen millors resultats.
- LA DIBA es troba en molt bona situació per liderar la realització d'aquests estudis, de promoure la seva difusió entre els municipis i de fer el seguiment posterior de la seva aplicació i resultats. El model de copagament propi de la DIBA, desenvolupat l'any 2010 i actualment en ús a 14 municipis de la província, constitueix un punt de partida d'especial interès.



L'avaluació dels impactes i les millores en els sistemes d'informació

- La teoria del programa del SLTA està clara per a la majoria de les persones que hem entrevistat i coincideix amb la lògica aplicada en el desenvolupament internacional de serveis similars: el principal impacte esperat és evitar institucionalitzacions prematures (que constitueixen un malbaratament de recursos) o, des d'una altra perspectiva, allargar el màxim possible la permanència de les persones grans a casa seva (que constitueix quelcom que les persones grans valoren molt).
- Les entrevistes personals amb actors implicats en el programa de teleassistència ens han permès sistematitzar els diferents beneficis que s'atribueixen al servei. Les persones entrevistades esmenten dos tipus de beneficis: individuals i sistèmics. Pel que fa als primers, els informants es refereixen a aquells aspectes que beneficien directament a l'usuari o al cuidador (fer un seguiment de la persona gran, gestionar el sentiment de solitud, activar un servei comunitari o generar espais respir pel cuidador, etc.). En canvi, per beneficis sistèmics s'entenen aquells aspectes que suposen millores en l'ús dels diferents recursos sanitaris o socials (evitar institucionalitzacions prematures o innecessàries, contenció de la freqüentació hospitalària, etc.).
- Un dels objectius fonamentals d'aquest estudi era portar a terme una avaluació de l'impacte de la teleassistència, això és, contrastar empíricament fins a quin punt els efectes esperats que acabem d'esmentar es produïen o no. No obstant això, malgrat el creuament entre l'enquesta "Més a prop" i la base de dades del SLTA ens havia permès definir un grup de tractament (usuaris del servei) i un altre de comparació (no usuaris del servei, però similars), la base de dades (XISSAP) que ens havia d'aportar informació sobre l'ús posterior que uns i altres feien d'altres serveis socials, com ara les residències, ha resultat tenir un abast molt limitat. Així doncs, per tal de poder completar una avaluació sobre l'impacte del programa rigorosa i creïble, suggerim completar i millorar els sistemes d'informació portant a terme les activitats següents:



Recomanacions

- Vincular les bases de dades utilitzades en aquest estudi, i més concretament l'enquesta MaP i el registre d'usuaris del SLTA, amb una de les bases de dades del Departament de Benestar Social i Família: l'anomenada ARP (Assignació de Recursos Públics), que conté informació sobre tots els usuaris dels principals serveis especialitzats per a gent gran finançats públicament (residències, centres sociosanitaris, centres de dia, etc.). Aquesta vinculació permetria avaluar rigorosament l'impacte del SLTA sobre l'ús posterior d'aquests altres serveis.
- Altrament, donat que una part dels hipotètics impactes del SLTA s'espera que tinguin lloc sobre l'ús dels serveis sanitaris, es podria intentar enllaçar la nostra base de dades amb les bases del Departament de Salut: el Conjunt Mínim Bàsic de Dades a l'Alta Hospitalària (CMBD-AH) i la base de dades de prestacions farmacèutiques. Aquest enllaç permetria esbrinar si el SLTA genera estalvis sobre el sistema sanitari, fruit d'un alentiment en el procés de deteriorament físic i cognitiu de les persones grans.
- L'enquesta MaP ha estat una peça imprescindible per poder portar a terme l'actual anàlisi del SLTA. Tanmateix, les possibilitats d'utilitzar l'enquesta MaP amb finalitats avaluatives augmentarien notablement si:
 - Es convertís realment amb un panell, això és, s'entrevistés en les onades successives als mateixos individus de cadascun dels municipis participants; a més, els municipis haurien de participar en les successives onades de l'enquesta i no pas en una de sola.
 - El criteri d'inclusió "no haver rebut cap servei social" es complís en la primera onada en què una persona és entrevistada, però no en les següents.

Aquestes modificacions no només permetrien tenir una visió completa sobre les trajectòries d'ús dels serveis socials per part de les persones de més edat, sinó també l'impacte d'aquests serveis sobre el seu benestar i el de les seves famílies.

- Portar a terme una anàlisi exhaustiva del grau d'utilització del XISSAP per part dels municipis, si més no pel que fa al registre de la recepció de serveis socials,



mirant d'esbrinar els motius que expliquen el baix ús en alguns casos.

- Promoure un identificador únic, preferiblement el NIF/NIE, d'enregistrament obligatori en totes les bases de dades relacionades amb els serveis socials municipals.

Innovacions en el disseny: experimentar i avaluar

- Considerem que hi ha diversos canvis que podrien fer-se en el disseny del SLTA per tal de millorar-ne el seu funcionament i efectivitat, com ara per exemple: la possible implicació dels centres de salut en la captació dels usuaris del SLTA, la introducció de nous esquemes de copagament, la realització d'audits per detectar estades innecessàries al servei o el desenvolupament de dispositius de segona i tercera generació.
- Tanmateix, si es vol estar realment segur que alguns d'aquests instruments poden millorar l'efectivitat del SLTA, no queda més remei que portar a terme avaluacions d'impacte de cadascun d'ells. En aquest sentit, caldria tenir en compte els elements següents:

Recomanacions

- **Introduir l'avaluació des de l'inici del disseny de les innovacions i dotar-les d'un caràcter prospectiu.** Les avaluacions que aporten evidències més rigoroses sobre els impactes d'una política acostumen a ser aquelles que es planifiquen *ex-ante*, és a dir, abans que s'implementi la nova política.
- **Optar per proves pilot amb caràcter experimental.** El disseny més robust per avaluar l'impacte d'una política es portar a terme un experiment on s'aleatoritza qui rep i qui no rep la intervenció que s'estigui avaluant.
- **Explotar la variabilitat municipal com a font per a detectar impactes.** Un dels avantatges que presenta l'avaluació de polítiques d'àmbit municipal és que la diversitat de normatives genera el que s'anomenen experiments naturals: això és, l'exposició dels individus a un o altre tipus d'intervenció, depèn de quelcom atzarós que es viure en un municipi i no en un altre. Aquest fet es pot explotar per a realitzar avaluacions d'impacte rigoroses.



- **La Diputació de Barcelona es troba en una posició immillorable per estimular la realització d'avaluacions d'impacte amb relació al SLTA.** La realització d'avaluacions multi-municipals, amb proves pilot i aleatorització, exigeix el concurs d'una entitat que tingui capacitat per implicar els diversos municipis, aporti finançament i recursos tècnics, pugui difondre posteriorment els resultats i, si escau, promoure la implantació de les reformes que se'n derivin.

Índex

1. Introducció	1
2. Revisió de la literatura especialitzada	3
2.1 Què són i què pretenen els programes de teleassistència?.....	4
2.2 Què ens aporta la implementació dels programes de teleassistència?.....	10
2.3 Quina és l'evidència actual sobre els beneficis de la teleassistència?	26
2.4 Síntesi final.....	36
3. Anàlisi qualitativa	40
3.1 Introducció.....	40
3.2 La teoria del programa de Teleassistència	40
3.3 La implementació de la Teleassistència	44
3.4 Els beneficis percebuts de la Teleassistència.....	67
3.5 Síntesi final.....	70
4. Anàlisi quantitativa	74
4.1 Bases de dades i preguntes d'avaluació.....	74
4.2 La cobertura municipal del SLTA.....	78
4.3 Caracterització dels municipis amb copagaments	97
4.4 Evolució dels usuaris i llurs característiques.....	101
4.5 Temps de permanència i tipus de sortida	108
4.6 L'ús de la TA: factors determinants	109
4.7 L'impacte de la TA sobre l'ús d'altres serveis socials	120
4.8 Síntesi final.....	124
5. Conclusions i recomanacions	127
5.1 El grau de cobertura	127
5.2 La població diana	129
5.3 El temps d'ús del servei.....	131
5.4 El paper dels copagaments	132
5.5 La relació amb altres serveis	134
5.6 L'avaluació dels impactes i les millores en els sistemes d'informació	135
5.7 Innovacions en el disseny: experimentar i avaluar.....	138



6. Bibliografia.....	140
7. Annexos	i
Annex A. Municipis de les bases de dades “Més a prop” i “XISSAP”	i
Annex B. Una breu introducció a les tècniques per a l’avaluació de l’impacte.....	iii
Annex C. Informació tècnica sobre el treball de camp qualitatiu.....	v
7.1 Els informants del treball de camp qualitatiu.....	v
7.2 Procés de selecció dels informants	v
7.3 Guions de les entrevistes semi-estructurades	viii



Índex de taules

Taula 1: Generacions de teleassistència	7
Taula 2: Factors de context que motiven la creació de programes de teleassistència	8
Taula 3: Resum de l'evidència actual existent en Teleassistència	26
Taula 4: Resums dels impactes de les alarmes personals segons San Miguel i Lewin (2008)	29
Taula 5: Comparació dels costos estimats setmanals d'un usuari amb teleassistència i ingressat en una residència	35
Taula 6: Els beneficis individuals de la Teleassistència	68
Taula 7: Beneficis sistèmics de la teleassistència	68
Taula 8: L'abast dels copagaments, segons grandària municipal. Any 2010.....	98
Taula 9: Municipis amb i sense copagaments	100
Taula 10: Característiques de les cohorts de 2006 i 2010.....	104
Taula 11: Comparativa de la cobertura dels municipis del primer quartil (Q1) i dels municipis del quart quartil (Q4). Any 2006.	105
Taula 12: Comparativa de la cobertura dels municipis del primer quartil (Q1) i dels municipis del quart quartil (Q4). Any 2010.	106
Taula 13: Característiques dels usuaris de SLTA de l'estoc de 2010 (2010).....	107
Taula 14: Temps de permanència i motius de baixa: cohort de 2005	109
Taula 15: Anàlisi bivariant dels usuaris del SLTA usuaris que no reben SLTA.....	117
Taula 16: Anàlisi bivariant dels usuaris del SLTA usuaris que no reben SLTA (continuació)	118
Taula 17: Identificacions en el XISSAP dels Usuaris del SLTA i dels no Usuaris del SLTA	122



Índex de gràfics

Gràfic 1: Àmbits d'actuació de la teleassistència	5
Gràfic 2: Estimació de la reducció anual d'ingressos en residències	34
Gràfic 3: Estimació de la reducció de la necessitat d'hospitalització	34
Gràfic 4: Bases de dades i preguntes d'avaluació	77
Gràfic 5: Cobertura dels SLTA, per grandària dels municipis. Anys 2006 i 2010	80
Gràfic 6: Taxes de cobertura municipals del SLTA. Any 2006	81
Gràfic 7: Taxes de cobertura municipals del SLTA. Any 2010	82
Gràfic 8: Taxes de cobertura del SLTA: 2006 i 2010. Municipis + 20.000 hab.....	85
Gràfic 9: Taxes de cobertura del SLTA: 2006 i 2010. Municipis de 10.000 a 20.000 hab.....	86
Gràfic 10: Taxes de cobertura del SLTA: 2006 i 2010. Municipis de 1.000 a 10.000 hab.	87
Gràfic 11: Grau de cobertura i el nivell de renda: municipis grans	90
Gràfic 12: Grau de cobertura i el nivell de renda: municipis mitjans.....	91
Gràfic 13: Grau de cobertura i el nivell de renda mitjana de Catalunya: regressions.....	92
Gràfic 14: Grau de cobertura i % de població de 70 anys o més: municipis grans	93
Gràfic 15: Grau de cobertura i % de població de 70 anys o més: municipis mitjans.....	94
Gràfic 16: Grau de cobertura i % de població de 70 anys o més: municipis petits.....	95
Gràfic 17: Grau de cobertura vs % de població municipal (70 anys o més): regressions	96
Gràfic 18: L'abast dels copagaments, segons grandària municipal. Any 2010	99
Gràfic 19: Municipis amb i sense copagaments.....	99
Gràfic 20: Cohorts i estocs del període 2005-2011.....	102
Gràfic 21: Anàlisi multivariant (Lògit): probabilitat de convertir-se en usuari del SLTA.....	119



1. Introducció

El propòsit fonamental del **servei local de teleassistència** (SLTA, en endavant) és fer possible que persones que no requereixen atenció permanent i presencial, però que per factors d'edat, de fragilitat o dependència tenen el risc d'esser institucionalitzats, puguin continuar vivint en l'entorn habitual gràcies a la seguretat que el servei els proporciona davant de situacions de crisi (caigudes, desorientació, etc.). A la província de Barcelona, on la Diputació de Barcelona (DIBA, en endavant) col·labora amb els ajuntaments en el seu impuls², el SLTA ha experimentat un creixement molt important durant els darrers 5 anys: si l'any 2005 s'atenien a la província 3.800 persones amb un cost anual d'uns 150.000 euros, les xifres previstes per al 2011 són de 60.000 usuaris i prop de 13 milions d'euros, finançats amb aportacions dels ajuntaments (42%), l'IMSERSO (29,8%) i la DIBA (26,6%)³.

Hi ha diversos **motius pels quals resulta oportú portar a terme una avaluació del SLTA** en aquest moment. En primer lloc, donat que l'any 2011 estava previst estendre la cobertura del Sistema Català d'Atenció a l'Autonomia i a la Dependència (SCAAD, en endavant) als dependents menys greus, obtenir evidències sobre l'efectivitat d'un servei de caràcter preventiu com el SLTA resulta especialment important. A més, si aquesta efectivitat es confirmés i donat que es tracta d'un servei relativament poc costós, els resultats de l'avaluació avalarien una expansió de la cobertura i una major implicació financera per part dels agents responsables del desenvolupament de l'SCAAD. Tanmateix, fruit de les tensions financeres que pateixen els diversos nivells de l'Administració, l'any 2011 acabarà amb una situació en la qual el desenvolupament de l'SCAAD ha quedat transitòriament posposat i, pel que fa al SLTA, la DIBA ha decidit alentir el ritme d'expansió dels darrers anys. Tot i això, en aquest nou context resulta tant o més important valorar l'efectivitat del SLTA, ja que és aquesta informació la que ha de permetre prioritzar l'accés al programa, és a dir, donar prioritat a aquells individus per als quals els efectes siguin més importants. Finalment, després de més de 5 anys de

² Per conèixer més a fons el marc normatiu del servei, s'aconsella consultar el Manual del Servei Local de Teleassistència (<http://www.diba.cat/documents/17614/22030/benestar-descarrega-manualslt-pdf.pdf>).

³ Les xifres es refereixen al conjunt de municipis de la província de Barcelona excloent-hi la capital.



funcionament i d'expansió notable, el programa es ja prou estable com per analitzar-ne no tant sols el seu **impacte** sobre l'ús d'altres serveis, com ara els centres de dia o les residències, sinó també diverses qüestions relatives al seu procés d'**implementació**.

En concret, les principals **preguntes d'avaluació** que pretenem adreçar en aquest treball són les següents:

- Quina és la cobertura, entesa com el número d'usuaris respecte la població d'edat avançada, que s'ofereix als diferents municipis? Com ha evolucionat aquesta cobertura al llarg del temps? De què depèn que sigui més alta o més baixa?
- Quines característiques tenen les persones que reben SLTA? Es corresponen amb els criteris de prioritització que suggereix aplicar la DIBA?
- Les taxes d'institucionalització dels beneficiaris del SLTA són menors que les de persones amb característiques similars que no el reben?
- La recepció del SLTA modifica la intensitat en l'ús d'altres tipus de serveis diferents a les residències (atenció domiciliària, centres de dia, etc.)?
- Quin paper juguen els copagaments en el finançament del SLTA?

La **metodologia** emprada per intentar donar resposta a les qüestions anteriors descansa sobre tres aproximacions complementàries que, al seu torn, es tradueixen en els **tres capítols centrals de l'informe**. En primer lloc, es porta a terme una **revisió de la literatura internacional** sobre el servei de teleassistència, amb el doble propòsit de conèixer, d'una banda, com s'ha implementat aquest servei en els països del nostre entorn i, de l'altra, què se sap sobre els seus impactes sobre la reducció de les taxes d'institucionalització, millores en la qualitat de vida dels usuaris, etc. En segon lloc, es porta a terme una **anàlisi qualitativa** del SLTA, amb entrevistes a informants clau del programa (responsables polítics, gestors, treballadors socials, usuaris i cuidadors, etc.), amb la pretensió de copsar la visió d'aquestes persones sobre el funcionament del servei en la pràctica. Finalment, mitjançant l'explotació de la base de dades del SLTA, així com d'altres fonts d'informació de la Diputació de Barcelona, s'ha portat a terme una **anàlisi quantitativa** que explora, entre altres qüestions, el grau de cobertura del servei a nivell municipal i els seus factors determinants, les característiques individuals que propicien la recepció del SLTA, i els efectes que la recepció d'aquest servei té sobre l'ús posterior d'altres serveis socials (com ara l'ajuda a domicili, els centres de dia o les residències).



2. Revisió de la literatura especialitzada

A Europa, així com en la majoria de països industrialitzats, la proporció de persones de més de 65 anys augmenta. La major part de les persones que arriben a la jubilació poden viure de manera autònoma i amb bon estat de salut. No obstant això, donada la creixent longevitat de la població, més persones grans requeriran progressivament ajut i suport per tal de portar a terme les seves activitats quotidianes.

Tradicionalment, aquest suport a la cura de les persones grans ha estat relegat a l'àmbit privat i familiar. Tanmateix, amb el pas del temps, el paper central de la família ha anat rebent més atencions i reconeixement per part de les administracions públiques. D'aquesta manera, s'ha anat prestant més atenció a la vessant més comunitària de la cura de la persona gran, emfasitzant la necessitat que aquesta pugui envellir a casa seva i en el seu entorn més immediat (Andrews i Phillips 2005; A. Sixsmith i J. Sixsmith 2008). Alguns estudis han posat de manifest que les persones grans prefereixen envellir de forma relativament autònoma a casa abans que optar per algun recurs més institucionalitzat com ara a residències o centres de dia (Henwood i Waddington 1998; Smith et al. 1993). Així mateix, les administracions públiques veuen com la proporció de recursos econòmics destinats a serveis assistencials per gent gran creix de manera considerable.

Davant d'aquesta situació, on cada vegada es farà més necessari contenir la despesa en recursos assistencials intensius, una de les preguntes clau a resoldre és: quina és la millor manera de donar suport a les persones grans per tal que puguin envellir amb qualitat de vida? Com a possible resposta, s'ha prestat atenció a les aplicacions de la tecnologia de la informació i comunicació al suport i la cura de les persones grans. En bona part dels països desenvolupats, s'han endegat programes i serveis basats en el que s'anomena 'assistència tecnològica remota', on hi tenen cabuda termes com la telemedicina o la teleassistència.



En el marc de l'avaluació del programa de teleassistència de la Diputació de Barcelona, en aquest capítol es revisarà la literatura internacional⁴ per aconseguir (1) sintetitzar de forma breu quines són les hipòtesis d'intervenció subjacents en els programes de teleassistència⁵, (2) resumir els principals aprenentatges de la implementació d'aquest programes i, finalment, (3) revisar quina és l'evidència sobre els seus efectes, tant a nivell individual com sistèmic.

2.1 Què són i què pretenen els programes de teleassistència?

2.1.1 Una definició

Tal com assenyalen alguns autors (Nagendran et al. 2000; Doughty et al. 2007), un dels problemes pels investigadors i els professionals de l'administració pública és la varietat de termes que existeixen per descriure la provisió de serveis assistencials remots a les persones grans: teleassistència, telemedicina, telemonitorització... Malgrat que aquests mots es poden emprar indistintament, tenen una interpretació diferent per a professionals, cuidadors o persones grans. Tots aquests termes descriuen serveis o programes que atenen necessitats de salut o de cura emprant tecnologies d'informació i comunicació. Com a resposta a aquesta polisèmia terminològica, Barlow, Bayer i Curry (2006) han sistematitzat una definició i entenen la teleassistència *com un conjunt de serveis que ofereixen atenció i suport de cura personal directament a un usuari final*. La teleassistència es diferencia de la telemedicina, per tant en que aquesta se centra en

⁴ La recerca dels materials s'ha realitzat en bases de dades com *AgeInfo*, *PubMed* o *Social Science Citation index*, a partir de les següents paraules clau: *older people*, *telecare*, *evaluation*, *effects*, *informal carers*, *personal alarms*, *assistive technology* i *evaluation*. Aquestes paraules clau s'han emprat com a text lliure i s'han combinat en successives repeticions i, finalment, s'han inclòs aquells articles o publicacions que:

- tenen com a nucli d'interès la qualitat de vida de persones grans i/o cuidadors,
- que ofereixen aprenentatges i reflexions extretes de programes concrets de teleassistència
- i, finalment, elaboren propostes de millora basades en evidències de caire quantitatiu i/o qualitatiu.

⁵ La revisió té com a principal objectiu mostrar la diversitat i heterogeneïtat dels programes de teleassistència en diferents països europeus. En cap cas pretén realitzar comparacions entre ells sobre aspectes quantitatius, com ara el grau de cobertura, la intensitat del serveis, o d'altres aspectes similars, atès que l'elevada heterogeneïtat no aconsella fer aquest tipus de comparacions.



dispositius tecnològics encarregats de facilitar l'intercanvi d'informació per i entre professionals de la salut -per exemple, en la diagnòsi o seguiment d'un pacient.

El gràfic següent mostra les diferents vessants que, segons aquests mateixos autors (Barlow et al. 2004), caracteritzen un servei de teleassistència:



Gràfic 1: Àmbits d'actuació de la teleassistència

En primer lloc, la supervisió de la seguretat i monitorització de l'usuari s'orienten a la gestió de riscos associats amb la cura fora d'un entorn institucionalitzat. La monitorització personal pot incloure el seguiment de les activitats quotidianes de la persona gran amb l'objectiu de detectar canvis en el seu estil de vida que posen de manifest un deteriorament de salut. En segon lloc, la informació del conjunt de detectors instal·lats a la llar de la persona gran (fum, gas, caigudes...) proporcionen dades a temps real sobre els hàbits de la persona gran. Per aquest motiu, aquests equips tecnològics ajuden al fet que professionals i cuidadors diagnostiquin com la persona gran resol les seves necessitats quotidianes. Per exemple, el detectors d'obertura de portes de la nevera donen pistes sobre els hàbits alimentaris de l'usuari. Finalment, el tercer grup de serveis que s'ofereixen en teleassistència consisteix a la transferència d'informació de forma



activa per telèfon, internet o televisió digital per tal d'orientar la persona gran en la seva quotidianitat. Per exemple, si l'usuari final té una visita amb el metge, es pot activar un servei agenda per fer-ne un recordatori un dia abans.

Aquestes funcions ajuden a diferenciar la teleassistència de la telemedicina pel què fa als seus objectius: d'una banda, resposta en moments de crisi i, d'altra banda, prevenció (Audit Comission 2004). Alguns serveis de teleassistència posen en funcionament una resposta a una necessitat emergent, per exemple una caiguda d'un usuari (mode resposta o *r-mode* en la literatura especialitzada). Altres serveis de teleassistència, proporcionen informació per detectar canvis en l'estat de salut i/o social de la persona usuària (mode prevenció o *p-mode* en la literatura especialitzada). Fer un seguiment de les activitats diàries d'una persona gran, ja sigui amb un sistema de sensors o amb trucades de seguiment, permet detectar qualsevol mena de deteriorament cognitiu o de mobilitat i recomanar mesures addicionals de suport.

Una tercera diferència entre telemedicina i teleassistència és la seva complexitat en el moment de la implementació (Barlow et al. 2006). En l'àmbit de la telemedicina les aplicacions tecnològiques solen estar ben delimitades. Posem per cas, per exemple, les visites setmanals entre metge pacient per videoconferència pel seguiment de la diabetis. En la teleassistència, aquest escenari és completament diferent ja que :

- el nombre d'actors que participen en la seva implementació és més nombrós,
- diferents professionals de la xarxa de suport social conceptualitzen de manera diferent el risc 'social' per la persona gran,
- la implementació pot desviar-se de les previsions a causa del desconeixement per part de l'usuari de tot el circuit de suport social,
- els costos i beneficis es poden dimensionalitzar de manera diferent per la heterogeneïtat d'actors implicats en la provisió del servei
- a més, l'atenció a usuaris amb diferents i canviants graus de dependència implica una necessitat de major coordinació amb la resta de serveis previstos per donar suport a persones grans.

Finalment, en l'àmbit de la teleassistència s'han definit diferents generacions de tecnologia (primera, segona i tercera) que poden conuiu en un mateix servei. La



següent taula resumeix les principals característiques de les tres generacions d'innovació tecnològica en teleassistència (Tang i Venables 2000):

Taula 1: Generacions de teleassistència

	Dispositius	Aplicacions/funcions
Primera generació	Terminal connectada a la telefonia fixa i un penjoll personal per l'activació de la trucada.	<ul style="list-style-type: none">- Alarmes personals en cas d'emergències.- Assessorament professional des d'una central telefònica per a situacions no urgents.
Segona generació	Sistema de sensors que proporcionen informació de la llar al centre de control.	<ul style="list-style-type: none">- Detectar fugues de gas, incendis, l'obertura de neveres o caigudes de l'usuari.
Tercera generació	Internet, ordinadors, televisió digital terrestre, sistemes de vídeo vigilància.	Consulta remota de la persona gran amb vídeo assistència, seguiment de la persona gran amb videocàmares instal·lades en indrets de major 'risc' dins de la llar (dormitori, lavabo, cuina...).
Quarta generació	Telefonia mòbil.	Seguiment de la persona gran fora de la llar.

L'existència d'aquest seguit de generacions tecnològiques es llegeix de manera ambivalent en la literatura internacional. Per una banda, aquest ventall d'oportunitats tecnològiques permet una gran adaptabilitat del servei a les necessitats quotidianes de cada usuari (Tang i Venables 2000), fent que millori la qualitat del servei. Per altra banda, la coexistència de diferents generacions tecnològiques mena a una gran idiosincràsia local d'un mateix servei, afegint així una complexitat addicional en la seva implementació i detecció d'impactes (Poole 2006).

2.1.2 Quin és el context pel qual es fa necessària la teleassistència?

La literatura especialitzada es fa ressò de la necessitat d'un canvi en les formes d'atenció i suport a l'envelliment. De manera creixent diferents països es plantegen la teleassistència com una alternativa i/o complement a formes d'atenció més intensives. Emergeix un interès *per tractar abans i de manera més preventiva* les malalties cròniques més habituals en la població d'edat avançada. A més, es pretén donar més independència a la gent gran per decidir quin recolzament necessita al llarg del seu procés d'envelliment. La majoria de la gent gran prefereix estar a casa seva el major temps possible, mentre que les residències o els centres de dia es conceben com els darrers recursos assistencials (Henwood i Waddington 1998; Smith et al. 1993).



Darzi (2008) desenvolupa les principals raons i elements que motiven un canvi de paradigma assistencial en el sistema sanitari anglès. En el següent quadre, es resumeix aquells factors més importants que justifiquen l'ús de la teleassistència i que són extensibles a la realitat d'altres països industrialitzats:

Taula 2: Factors de context que motiven la creació de programes de teleassistència

Raons	Elements motivadors
Envel·liment de la població	Necessitat de millorar l'atenció i suport als cuidadors
Canvis generals en l'estructura de la família, amb un creixent nombre de persones grans que envelleixen 'soles'	Interès per la prevenció i control de l'aparició de patologies de la gent gran per descarregar serveis més intensius (hospitals, residències o centres de dia)
Increment en el nombre de població amb malalties cròniques	Reconeixement de les noves tecnologies en la seva aplicació en el camp de l'atenció a les persones grans, en especial en la seva vessant més preventiva (del monitoratge esporàdic al monitoratge continu).
Creixent crisi economico-financera dels sistemes socials i de salut	Millora gradual del grau d'acceptació de les noves tecnologies per part de la població d'edat avançada (S. J. Brownsell et al. 2000; McCreddie i Tinker 2005)

Al seu torn, (Tang i Venables 2000) entenen que hi ha quatre raons principals per a l'adopció i generalització de la teleassistència. Primer, els costos econòmics que han d'afrontar les administracions públiques davant un increment de l'esperança de vida de la població. Segon, el desig de les famílies i persona gran de viure de manera independent i, si és possible, a casa seva. Tercer, la constatació que la gent gran en general té un major nivell educatiu i no vol renunciar a un suport professional malgrat visquin a casa seva. Quart, tant professionals com persones grans volen una solució ràpida a qualsevol deteriorament causat pel procés d'envelliment. D'aquesta manera, la teleassistència no és simplement una forma de retenir les persones grans a casa seva. També pot ajudar a reduir el nombre d'hospitalitzacions, així com aquells ingressos prematurs en centres de dia o residències.

Finalment, alguns autors (S. Brownsell, Aldred, i Hawley 2007) es qüestionen quins són els factors desencadenants que a nivell individual fan que una persona gran esdevingui usuària de teleassistència. Mitjançant diferents tècniques d'anàlisi, arriben a identificar 11 factors jerarquitats de la forma següent:



- un problema major i sobrevingut de salut, com per exemple un ictus,
- problemes cognitius com ara les demències,
- un deteriorament de la mobilitat física,
- la incapacitat de poder valdre's per un mateix a la pròpia llar,
- les dificultats de mobilitat a la pròpia llar o l'entorn més immediat,
- la necessitat de suport en la higiene personal,
- les caigudes freqüents,
- la presència de malalties cròniques com per exemple la malaltia de Parkinson,
- els problemes aguts d'incontinència,
- la depressió o problemes mentals greus,
- la nul·la o poca autonomia en la realització de les activitats diàries (trucar per telèfon, comprar, cuinar, netejar...).

Els autors conclouen que la teleassistència esdevé un recurs que pot millorar la qualitat de vida de la persona gran mitigant aquests 11 aspectes que acabem d'enumerar. No obstant això, aquests autors no són partidaris que la teleassistència sigui un recurs únic. Més aviat, n'aconsellen la seva integració amb serveis de suport més tradicionals de caire presencial.

2.1.3 Quins són els beneficis esperats de la teleassistència?

L'èmfasi en la prevenció ha esdevingut darrerament un tret característic de moltes polítiques d'atenció a l'envelliment. En bona part és així per les expectatives posades en la reducció de la creixent demanda de serveis socio-sanitaris. Mesures proactives que incideixen en els nivells de dependència de les persones grans, que retarden el seu deteriorament, i que són vistes com a oportunitats per a millorar la qualitat de vida dels usuaris al mateix temps que s'estalvien recursos econòmics. Els beneficis esperats de la teleassistència s'emmarquen en aquesta *lògica més preventiva*. Sobre la base d'una tecnologia ja assequible, la literatura especialitzada identifica diferents millores per l'usuari en utilitzar la teleassistència (Audit Comission 2004; Poole 2006):

- possibilita que la persona gran pugui romandre més temps a casa seva si aquesta és la seva decisió;



- facilita un suport professional remot, refermant la percepció de seguretat i confiança de la persona gran per l'existència d'un recolzament continu;
- la complexitat tecnològica de la teleassistència s'adapta al deteriorament de la persona gran (instal·lar detectors de fum o gas quan apareixent els primers símptomes de pèrdua de memòria);
- pot esdevenir un 'respir' pels cuidadors directes de la persona gran, millorant la seva qualitat de vida també. Aquest fet millora la capacitat i motivació de la família per seguir prestant cura a la persona gran, retardant la decisió familiar d'una institucionalització.
- Actualment, en el camp de la telemedicina, la teleassistència s'especialitza en l'atenció remota de patologies cròniques com la diabetis, l'asma o la hipertensió. Aquest fet pot motivar les persones grans amb aquestes patologies a seguir vivint a casa, al mateix temps que se'n pot controlar la seva pauta de deteriorament de manera individualitzada.

A més, també s'argumenta que la teleassistència pot esdevenir cost-efectiva perquè:

- evita o retarda que una persona gran ingressi en un hospital o residència,
- redueix o substitueix algunes de les rutines assumides presencialment per cuidadors professionals o informals, permetent una millor organització dels recursos humans dedicats a la cura,
- redueix el temps d'estada d'una persona gran a l'hospital possibilitant-ne la recuperació a casa seva amb un suport tecnològic addicional i adaptat,
- ajuda la persona gran a mantenir un estil de vida més saludable, incidint en el seu deteriorament progressiu.

2.2 Què ens aporta la implementació dels programes de teleassistència?

2.2.1 La situació actual de la teleassistència a Europa

Molts països comencen a implementar programes de teleassistència com a forma de donar resposta a les necessitats de cura de la gent gran. Malgrat comptades excepcions, la tendència general és que la majoria de projectes de teleassistència siguin programes pilots sense que esdevinguin encara una aposta generalitzada. A més, la majoria de programes de teleassistència s'empren en una modalitat de resposta a una situació de



crisi, relegant el seu caràcter preventiu a un nombre limitat de programes pilot (Joint Improvement Team 2008). Només en limitats països, particularment als Estats Units, on s'ha prestat més atenció al seguiment de malalties cròniques de la població, s'han desenvolupat programes amb una vessant tant de resposta com preventiva en el camp de la telemedicina (Kinsella 2006). Al seu torn, a partir d'un *benchmarking* sobre noves tecnologies i envelliment encarregat per la Unió Europea (Kubitschke et al. 2010), es posa de manifest que:

- Les alarmes personals o teleassistència de primera generació tenen un grau d'extensió considerable en la majoria de països europeus. Aquest tipus de tecnologia es troba disponible per la persona gran, malgrat hi hagi un grau molt heterogeni de cobertura entre països. El grau de penetració de les alarmes personals se situa per la majoria de països al voltant del 3 % de cobertura de la població major de 65 anys. Espanya segons aquest *benchmarking* es troba en una taxa inferior al 3,5 %. Només Anglaterra i Irlanda es troben per sobre del 10 %, mentre que Bèlgica o Polònia estan per sota de l'1 %.
- Per a sistemes més avançats, de segona i tercera generació, només Anglaterra proporciona de forma habitual aquest tipus de tecnologia. En aquest país, iniciatives públiques (*Preventive Technology Grant*, per exemple), han menat a què els diferents ens locals la puguin oferir de forma directa als beneficiaris dels serveis socials. Per la resta de països, aquest tipus de tecnologia només es troba present de forma esporàdica i experimental en algun programa pilot.
- En la majoria de països, són les administracions públiques les que ofereixen alarmes personals com un servei de cura de les persones grans, ja sigui de manera directa o per concessió a una empresa privada. En la majoria de països, les administracions públiques tenen subsidis pels beneficiaris del servei. No obstant això, pocs països ofereixen el servei de forma completament gratuïta, ja que la tendència general és el copagament.
- En el cas de les alarmes personals, existeix una gran varietat pel que fa a qui dóna resposta a la demanda de la persona gran en activar l'alarma en una situació d'emergència. En alguns països com ara Finlàndia, la resposta queda exclusivament en mans de professionals ubicats en una centraleta. En d'altres, com és el cas d'Itàlia, la resposta és responsabilitat del cuidador. Finalment, d'altres països com ara Holanda despleguen models mixtos en els que comptar amb una resposta professional comporta alguns costos afegits per l'usuari.



- La utilització de les alarmes personals en els diferents països s'estructura de manera general segons l'edat, amb una major probabilitat d'ús per part de les persones de més de 80 anys. Malgrat haver-hi un gran nombre d'usuaris d'edat menor, la majoria dels programes se centren en aquest col·lectiu i en especial si es detecta que es troben en una situació de risc. En la majoria de programes, les situacions de risc tenen dos aspectes comuns:
 - la necessitat dels usuaris de rebre suport per evitar caigudes o qualsevol altra situació d'emergència relacionada amb l'edat, i
 - el fet que la persona gran no tingui família o visqui sola.

A continuació, caracteritzem a grans trets el perfil d'alguns països en els que la teleassistència ha tingut més arrelament en el model d'atenció a l'envelliment de la població⁶.

2.2.1.1 Anglaterra

Anglaterra té una xarxa d'alarmes personals molt desenvolupada en la qual els ens locals esdevenen proveïdors del servei. Les alarmes es proporcionen tant a les persones grans que viuen en residències com a casa seva. En total, s'estima que al voltant d'1,5 milions de persones grans fan servir alarmes personals, la qual cosa representa un 15 % de la població de més de 65 anys.

La majoria dels ens locals ofereixen el servei d'alarma personal, ja sigui de forma directa o per concessió a una empresa externa. En general, són els familiars de la persona gran qui respon a la situació d'emergència, malgrat que alguns ens locals ofereixen suport professional addicional en forma d'unitats mòbils. El finançament del servei és força heterogeni. Per regla general, la terminal i el polsador se cedeixen de manera gratuïta a aquells usuaris amb majors necessitats socials prèviament establertes per un comitè d'experts. Només els usuaris amb cert nivell de renda paguen una taxa mensual pel seu ús, la qual varia entre 10 i 25 euros al mes.

⁶ Per a major concreció sobre els països descrits en aquest apartat, es recomana consultar la pàgina web del projecte ICT&Ageing: Users, Markets and Technologies (<http://www.ict-ageing.eu/>)



Recentment, i en el marc de la Technology Preventive Grant 2006, les administracions públiques britàniques han fet un esforç econòmic i han complementat les alarmes personals amb tecnologia de segona generació (detectors de fum, gas o inundacions...). L'any 2005/6 un total de 157.000 usuaris es van donar d'alta, mentre que l'any 2006/07 van ser 161.000. El nombre d'usuaris totals suposaria una taxa de cobertura del 3 % de la població major de 65 anys. El finançament d'aquesta tecnologia addicional varia segons els ens locals que presten el servei, donat que la decisió sobre el finançament és una competència municipal. En línies generals, el finançament esdevé anàleg al de les alarmes personals bàsiques, malgrat la taxa mensual sigui lleugerament major per l'usuari.

The Preventive Technology Grant.

The Preventive Technology Grant és una iniciativa governamental que té l'objectiu de fomentar i consolidar la provisió de serveis de teleassistència a nivell local. El fons compta amb uns 105 milions d'euros pel període 2006-08. Els ens locals s'hi poden acollir de manera voluntària i invertir en programes locals de teleassistència. L'objectiu és incloure un total de 160.000 usuaris nous en aquest període i evitar ingressos hospitalaris així com descongestionar places de residències. Inicialment pocs ens locals s'involucraren en programes pilots, però actualment un canvi global de posicionament polític dels ens locals vol consolidar la Teleassistència com a servei municipal d'atenció i suport a l'envelliment.

Aspectes importants a tenir en compte:

- Política de promoció de la Teleassistència a nivell nacional amb un full de ruta comú a tots els ens locals d'Anglaterra.
- Vocació d'una provisió integrada del servei, a través de la construcció activa de xarxes i acords de col·laboració entre ajuntaments, empreses privades, el National Healthcare System i voluntariat entre d'altres.
- Voluntat d'extensió i consolidació de la Teleassistència arreu del país, emfasitzant la sostenibilitat del servei a mig i llarg terme.
- Desenvolupament d'un compendi de recursos didàctics i materials de suport (guies pel disseny i per la implementació del servei, per exemple) així com la creació d'una xarxa d'oficines regionals de suport a iniciatives locals a través del Care Service Improvement Partnership (CSIP).

Per a saber-ne més:

<http://goo.gl/Obwi0> [Accedit el dia 24.09.2011]



2.2.1.2 Alemanya

Les alarmes personals a Alemanya tenen una tradició de més de 25 anys i el servei s'ha consolidat arreu del país. Sis organitzacions no governamentals i de caràcter social ofereixen quasi el 90 % de les alarmes personals. La resta es troba en mans d'empreses operadores privades com *Recontrol* o *Bosh Security Systems*. Tot i no existir dades centralitzades sobre el nombre total d'usuaris, segons l'associació alemanya d'agents proveïdors d'alarmes personals, s'estima que hi ha uns 350.000 usuaris arreu del país. Aquesta quantitat representa un 2,3 % de la població major de 65 anys.

Les alarmes personals a Alemanya consten d'una terminal i un polsador que la persona gran pot activar en cas d'una emergència. Quan un usuari prem el polsador, una centraleta accedeix al seu expedient i respon a la trucada. Depenent de la situació, l'acció de resposta queda en mans de familiars, veïns o d'una unitat mòbil de professionals.

Tradicionalment, el servei d'alarmes personals ofert a Alemanya ha estat bàsicament de resposta sense cap pretensió preventiva. Recentment s'han iniciat programes pilots que inicien una vessant més proactiva. Per exemple, trucades periòdiques a usuaris per fer-ne un seguiment. Mentre que complements a les alarmes personals (detectors de fum o gas, per exemple) es troben bastant estesos arreu, a la pràctica no s'empra cap tecnologia diferent a les alarmes personals bàsiques. Alguns proveïdors ofereixen serveis addicionals com l'assistència en l'organització de la llar mitjançant recordatoris i agendes personalitzades a demanda de l'usuari.

A part de les alarmes personals, hi ha poques experiències amb tecnologia de teleassistència de segona o tercera generació. Un dels exemples que convé esmentar és el projecte SOPHIA, que integra les alarmes personals amb els últims avenços en telemedicina. SOPHIA ofereix una atenció remota però integral: des alarmes personals, vídeo conferència, detectors de fum, servei de localització per GPS...

Pel que fa al pagament del servei, les alarmes personals bàsiques estan incloses com a prestació finançada per la Seguretat Social alemanya i s'adrecen a aquelles persones que compleixen uns certs criteris, tant de renda com de risc. A més, l'usuari ha d'argumentar com el servei millorarà la seva qualitat de vida i demostrar que no pot fer una trucada d'emergència per telèfon regular. En cas d'ésser tributari del servei, l'estat



sufragarà fins a 20 euros mensuals d'una alarma personal. Qualsevol element perifèric extra anirà a càrrec de l'usuari.

Malgrat no existeixen dades oficials, una gran proporció d'alemanys paguen de la seva butxaca les alarmes personals, ja que no compleixen els restrictius criteris per accedir al servei subvencionat. Aquells qui paguen les alarmes personals de la seva pròpia butxaca, poden demanar un subsidi a la Seguretat Social alemanya per a dispositius tecnològics complementaris. Havent de passar els mateixos criteris restrictius que les alarmes personals, la Seguretat Social alemanya pot arribar a pagar fins el 10 % del cost total fins a un màxim de 25 euros mensuals. Aquest finançament privat fa que el grau d'extensió de la teleassistència a Alemanya sigui extremadament sensible al preu dels diferents dispositius tecnològics en el mercat privat.

The SOPHIA Project

The SOPHIA Project és un servei de teleassistència que s'ha desenvolupat de manera selectiva en algunes ciutats d'Alemanya des de l'any 2004. El servei proporciona suport al procés d'envelliment de la persona gran amb dispositius tecnològics de segona i tercera generació que inclouen: un telèfon adaptat, centraleta de resposta, sensors d'activitat, monitorització i seguiment en temps real de l'usuari i, finalment, vídeo conferència a través del televisor. L'usuari pot personalitzar el servei en funció de les seves necessitats. El cost del servei va des dels 18 euros mensuals per un telèfon adaptat i atenció des d'una centraleta, fins els 50 euros mensuals per un servei de localització de l'usuari amb GPS.

Els serveis del projecte es despleguen sota un model de franquícia adreçada a aquelles entitats privades o ens locals interessats a promoure mesures per tal que les persones grans puguin romandre a casa seva. El servei opera les 24 hores del dia i en estreta cooperació amb professionals i voluntaris dels ens locals. Una fundació que porta el mateix nom del projecte s'encarrega de reclutar i assignar els voluntaris als diferents centres on opera el servei.

Aspectes importants a tenir en compte:

- Un ventall ampli de tecnologia i tarificació del servei permet fer front de manera progressiva a les necessitats emergents de l'usuari. Mitjançant un pilotatge i fase de prova, l'usuari pot adaptar el servei a les seves expectatives amb el contrapunt d'un assessorament professional.
- El sistema de franquícia del servei, a més de l'activitat de suport portada a terme per voluntaris, fa sostenible la provisió del servei a mig i llarg terme sense una aportació desmesurada de recursos per part dels ens locals.
- La coordinació entre professionals i voluntaris que coneixen l'entorn local possibilita la personalització contínua del servei a l'usuari, tenint en compte un ventall molt ampli de necessitats emergents.

Per saber-ne més:



<http://www.sophia-tv.de/> [Accedida el dia 29.09.2011]

2.2.1.3 Espanya

A Espanya els serveis d'alarmes personals s'ofereixen arreu del país i la taxa de cobertura dels dispositius de primera generació es situa entorn un 3,5 %. Els principals proveïdors d'aquesta tecnologia de primera generació són els ajuntaments i les comunitats autònomes. La forma majoritària de finançar el servei és mitjançant el subsidi.

La *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia*⁷ defineix l'objectiu general de les alarmes personals i serveis de teleassistència. L'objectiu d'aquest servei és contribuir a que la gent gran en una situació vulnerable no hagi d'ingressar precipitadament en una residència. La teleassistència ha de permetre a la persona gran seguir vivint a casa seva però assegurant que en una situació de crisi podrà ser atesa per un professional.

El finançament del servei d'alarmes personals varia en funció de cada Comunitat Autònoma, la qual determina tant el preu del servei com els requisits d'accés dels usuaris. Els costos que ha de suportar l'usuari varien arreu del territori però no superen en cap cas els 20 euros al mes. Per a tecnologia de segona generació, amb una taxa de cobertura que s'estima inferior al 0,5 %, els costos que ha de suportar l'usuari són els mateixos que en el cas de les alarmes personals. El cost subvencionat del servei inclou el serveis de centraleta, el lloguer de la tecnologia i el servei de manteniment.

La Fundación Andaluza de Servicios Sociales

Tant bon punt es va publicar la llei estatal d'atenció a la dependència l'any 2006, la junta d'Andalusia va invertir de manera considerable en l'extensió de la teleassistència. La provisió del servei es fa mitjançant una entitat sense ànim de lucre, La Fundación Andaluza de Servicios Sociales. La Fundación Andaluza de Servicios Sociales complementa l'oferta bàsica de la centraleta telefònica amb d'altres serveis comunitaris per a la vellesa com per exemple un servei de transport o espais de respir per a cuidadors.

⁷ LAPAD (39/2006)



L'objectiu és oferir un servei personalitzat d'atenció immediata davant situacions d'emergència o inseguretat, solitud i aïllament social. El programa emprà les noves tecnologies de comunicació i permet als seus usuaris mantenir contacte verbal a través d'una línia telefònica durant les 24 hores del dia sense moure's del seu domicili i tan sols pitjant un botó. Un protocol sistematitzat permet gestionar al voltant de 2500 trucades al dia i amb un creixement de 100 usuaris al mes. Actualment uns 95000 beneficiaris disposen d'una terminal connectada al telèfon.

El cost que ha de suportar el beneficiari és de 18 euros al mes. Tanmateix, existeixen descomptes per a persones amb baixos ingressos, majors de 80 anys i amb dependència reconeguda.

Recentment, la Fundació està portant a terme programes pilots de tecnologia de segona generació. Sensors de gas, trucades de seguiment o una connexió prioritària amb el 112 són algunes de les darreres innovacions introduïdes i avaluades.

Aspectes importants a tenir en compte:

- La implementació generalitzada de les alarmes personals sorgeix de manera proactiva com a resposta a una iniciativa legislativa nacional.
- S'ha posat en funcionament un sistema de seguiment i monitoratge dels usuaris a través d'una centraleta que regularment contacta als beneficiaris del servei. Es promou de manera activa la vessant més preventiva del programa.

Per saber-ne més:

<http://goo.gl/lx9O6> [Accedida el dia 01.10.2011]

2.2.1.4 Holanda

Els serveis d'alarmes personals s'ofereixen de manera extensiva en tot el país tant a gent gran que viu a casa seva com a residències. Els principals impulsors d'aquest sistema han estat els ens locals, els quals en gestionen la provisió i finançament. S'estima que la taxa de cobertura del servei es situa entorn d'un 3 % de la població més gran de 65 anys.

Una vegada la persona prem el polsador, la família o els professionals gestionen la resposta. Si la persona gran no té familiars o amics, aquesta pot escollir que el seguiment el faci prioritàriament un treballador social de l'ajuntament o bé d'una entitat privada. El cost d'una resposta i seguiment professional implica un abonament mensual addicional que acostuma a suportar l'usuari.



La principal funció de les alarmes personals a Holanda és preventiva, ja que la seva instal·lació busca evitar una institucionalització precoç de l'usuari. Per tant, la implementació del programa vol maximitzar la qualitat de vida de l'usuari així com la seva autonomia. Per tant, per exemple, el disseny del servei no s'encara només a una resposta en cas d'una caiguda sinó que també s'interessa en com evitar situacions de risc que puguin induir a aquesta caiguda. A la pràctica, s'han anat afegint noves funcions al servei com seguretat, control i seguiment de l'usuari mitjançant sistemes de teleassistència de segona generació.

No obstant això, l'extensió d'aquest tipus de tecnologia està encara força limitada a programes pilot. Per exemple, els detectors de caigudes no s'empren gairebé mai ja que els que hi ha disponibles al mercat, es consideren poc fiables i/o entenedors per l'usuari. Els detectors de fum s'instal·len per una normativa general de construcció d'habitatges, però rarament es troben connectats a una central de teleassistència.

Des de l'any 2000, el govern holandès va donar un impuls a programes que possibilitessin atenció professional a persones grans per vídeo conferència. Actualment, s'estan portant a terme programes pilots i es calcula que la taxa de cobertura d'aquesta tecnologia és encara inferior a l'1% de la població major de 65 anys, aproximadament uns 1.000 usuaris.

El finançament del servei d'alarmes personals varia d'ens local a ens local. El cost mínim del servei per l'usuari final se situa entorn els 13 euros mensuals. Aquest preu inclou la instal·lació del dispositiu i el seu manteniment i l'atenció de la trucada d'emergència per una centraleta. Si la situació d'emergència l'ha de resoldre un professional en comptes d'algun familiar o amic designat per l'usuari, hi ha un cost addicional de fins a 25 euros.

L'estat subvenciona alarmes personals només a aquelles persones usuàries que passin una diagnosi prèvia de necessitats i un raser econòmic. En aquest cas, l'usuari fa la demanda del servei a l'ens local o al metge d'atenció primària. Un organisme únic estatal farà un diagnòstic de les necessitats de l'usuari, dissenyarà el dispositiu tecnològic que necessita la persona i determinarà la quantitat que ha de pagar mensualment.

Finalment, en el cas de programes pilots de vídeo conferència, els usuaris finals tenen accés gratuït al servei si viuen sols i de forma independent.



PAL4- Personal Assistant 4 Life

PAL4 (*Personal Assistant for Life*) és una organització sense ànim de lucre que posa a disposició d'altres organitzacions una plataforma tecnològica que integra diferents serveis de suport a la gent gran. Els ens locals, les organitzacions dedicades a la cura de persones grans o les empreses privades que ho necessitin, poden fer servir la mateixa tecnologia i adaptar-la al tipus d'activitat que porten a terme. Actualment, més de 30 organitzacions empren aquesta plataforma estalviant costos en infraestructura i innovant en la prestació de serveis. L'objectiu d'aquesta entitat sense ànim de lucre és incentivar la participació de les persones grans en el seu entorn local, possibilitant que sigui l'usuari qui configuri el suport que necessita, alliberant així als professionals d'una tasca de diagnosi prèvia per cada cas.

A nivell tecnològic, s'ofereix el mateix repertori tecnològic per defecte a totes les organitzacions que entren a formar part de la plataforma i que inclou: videoconferència, alarmes personals, centraleta de resposta, varietat de sensors dins de la llar, custòdia de claus, seguiment de la medicació o consultes remotes amb professionals de la medicina. Aquests serveis es posen a disposició de l'usuari a través d'una subscripció a PAL4. L'accés a qualsevol d'aquestes prestacions es fa a través d'una pantalla tàctil que s'instal·la a casa de l'usuari o per qualsevol televisió digital. A més, l'accés als serveis també es troba disponible per internet.

Les diferents organitzacions que s'adhereixen a la plataforma poden iniciar la oferta a l'usuari final amb una proposta simple de serveis (alarmes personals). A mesura que en van comprovant la seva solvència, poden anar progressivament completant-la amb tecnologia més complexa. A partir d'aquí, es propicia la iniciativa privada per a garantir la sostenibilitat del model a llarg terme.

Aspectes importants a tenir en compte:

- Provisió del servei tenint en compte l'adaptabilitat de la tecnologia a les necessitats de l'usuari final qui també configura els dispositius tecnològics que necessita en la seva vida quotidiana.
- Cooperació entre diferents proveïdors locals de serveis de suport a les persones grans, compartint infraestructura logística i reduint els costos tècnics i administratius.
- Modularitat del servei i de la plataforma tecnològica d'acord amb les prestacions que ofereixen les organitzacions locals que s'hi adhereixen, facilitant l'emergència de la iniciativa privada com a forma de sostenibilitat del model.

Per saber-ne més:

<http://www.pal4.nl/> [Accedit el dia 06.10.2011]



2.2.1.5 Suècia

Com en la resta dels països del nord d'Europa, les alarmes personals es troben força consolidades arreu del país. Són un servei que s'ofereix tant als usuaris que viuen a casa seva com en residències o pisos tutelats. En general, les alarmes personals pel domicili d'un usuari les proporcionen els ens locals, però cada vegada més empreses privades ho fan. Tal i com succeeix en d'altres països, les alarmes personals estan connectades a una centraleta que es posa en contacte amb familiars o amb professionals dels serveis locals.

Suècia té una gran tradició en la provisió de serveis de suport a la llar de la gent i les alarmes personals s'assignen de manera rutinària allí on l'usuari sol·licita atenció domiciliària. S'estima que un total de 160.000 usuaris tenen el servei, fet que representa una taxa del 10 % de les persones majors de 65 anys.

A Suècia no hi ha directrius polítiques generals sobre l'ús de tecnologia de segona generació en el suport a l'envelliment. Més aviat, depèn de cada ajuntament el qual dissenya i implementa el servei adaptant-lo a les necessitats locals de la gent gran del seu municipi. En aquest context, malgrat es pugui considerar que l'oferta d'aquesta tecnologia és extensa arreu del territori, no hi ha un patró generalitzat en la seva consolidació. També hi ha programes pilots que determinats hospitals porten a terme per a l'atenció remota de malalties cròniques. A més, algunes empreses privades ofereixen servei de vídeo conferència amb suport professional mèdic i social. Una de les iniciatives amb més usuaris és el projecte ACTION, una iniciativa que empra la vídeo conferència per a persones grans que viuen en un entorn rural.

Pel que fa al finançament del servei, si un usuari rep ajut al domicili, el cost de la instal·lació de l'alarma personal el subvenciona l'ens local responsable del servei. Els usuaris paguen pel manteniment del servei un import que en general es situa al voltant dels 10 euros mensuals. Quan passem a tecnologia de segona generació, no hi ha previst cap mena de subvenció per l'usuari. La majoria d'equipaments tecnològics són gratuïts. L'ens local els deixa en préstec i en acabar els usuaris (o els familiars) els retornen quan no els necessita més. El servei és completament públic. A més a més, l'usuari pot contractar un proveïdor privat i complementar els serveis bàsics oferts pel municipi.



The ACTION project

The ACTION Project és un servei de teleassistència dirigit a persones grans en situació de vulnerabilitat però que prefereixen viure a casa seva mitjançant un suport addicional. El servei inclou la provisió remota d'informació i programes formatius als usuaris (persona gran i cuidador/a) per tal que puguin aprendre a cuidar-se millor. Mitjançant tecnologia de segona i tercera generació, poden sol·licitar suport professional dels serveis locals municipals a conveniència. Així mateix, s'incentiva la trobada entre usuaris, ja sigui entre persones grans com entre cuidadors, per tal d'intercanviar experiències.

El programa està compost de quatre components bàsics que es complementen els uns amb els altres: material multimèdia de formació per fer front a les necessitats quotidianes (incontinència, alimentació...); una centralita de resposta amb professionals qualificats a càrrec dels ens locals; un equipament tecnològic mínim per l'usuari que inclou un ordinador amb pantalla tàctil i micròfon; i, finalment, formació específica i seguiment als cuidadors/res dels usuaris finals.

Segons la pàgina web del projecte, els ens locals es poden adherir al projecte a un preu fix de 285 euros per usuari i més. A més, avaluacions inicials del pilotatge del servei suggereixen que (1) els cuidadors se senten més competents en l'atenció i segurs quan deixen sola la persona gran, (2) el programa facilita el desenvolupament de xarxes informals de cura entre usuaris i cuidadors/res i (3) els ens locals estalvien costos en equipaments més intensius.

Aspectes importants a tenir en compte:

- El projecte mostra com les capacitats individuals d'autoseguiment i monitorització es reforcen amb tecnologia de teleassistència, incloent així mateix el cuidador en la tasca quotidiana d'atenció.
- El model de finançament ubica la responsabilitat i competència en els ens locals com agents de proximitat de suport a l'envelliment.
- La transició dels programes pilots a una generalització del servei comporta un temps considerable – els primers pilots van començar l'any 1997.

Per saber-ne més:

<http://www.actioncaring.se/Eng/EngDefault.htm> [Accedit el dia 07.10.2011]

2.2.2 Barreres per a la implementació generalitzada de la Teleassistència

Gran part de la literatura actual sobre innovacions tecnològiques aplicades a l'atenció de les persones s'ha centrat en l'aplicació de tecnologia en l'àmbit de la medicina. Poques referències se centren en l'aplicació de la tecnologia en la cura i el suport al procés d'envelliment. No obstant això, a partir de les principals conclusions a les quals arriba



aquesta literatura en telemedicina, es poden extreure sis grans conclusions que poden influir en la generalització del servei de teleassistència (Barlow et al. 2006):

- Context organitzatiu i cultures professionals. Algunes de les darreres aportacions en el camp de la telemedicina han identificat el pes de la cultura organitzativa i professional com una barrera a la implementació de determinats sistemes de telemedicina. Així, per exemple, Lehoux et al. (2005) argumenten que la baixa participació dels diferents actors implicats en la implementació, així com la inestabilitat dels òrgans directius, esdevenen factors claus per la continuïtat del servei a mig o llarg termini. A més, els autors suggereixen que una cultura organitzativa sensible a la innovació tecnològica en l'atenció a les persones grans es relaciona amb (1) el fet de planificar estratègicament la progressiva adopció de les innovacions tecnològiques, (2) portar una anàlisi prèvia de necessitats de la població que requereix la tecnologia, (3) identificar curosament els proveïdors, (4) proveir-se d'un personal altament qualificat, tant a nivell administratiu com en la provisió directa del servei i, finalment, (5) el rol de l'administració pública i de la iniciativa privada en la provisió/gestió del servei.

Edmondson, Bohmer i Pisano (2001) conclouen que l'aplicació de la innovació tecnològica en un context hospitalari és una qüestió bàsicament de disseny organitzatiu i no pas de dificultats tècniques relacionades amb la tecnologia. En aquest sentit, la teleassistència suposa una alteració de les formes tradicionals i presencials d'atenció a la persona gran. Serà necessari que els professionals que presten el servei facin un canvi de rutines, comportaments o models mentals tradicionals, envers un foment actiu de la implicació de l'usuari en el seguiment de la seva pròpia salut (Bayer, Barlow, i Curry 2007). Tal i com assenyalen P. S. Whitten i M. S. Mackert (2005), el professional de la medicina pot ser el primer escull en una relació clínica remota entre metge i pacient. Molts pacients són els primers que informen als metges sobre innovacions tecnològiques que afecten la seva salut, però aquestes no s'implementaran si el metge no accepta participar-hi.

- Necessitats i demandes de l'usuari. Per tal que una nova tecnologia tingui èxit, cal que s'adapti a les necessitats dels usuaris. Una mala diagnosi de les necessitats reals dels usuaris és un dels principals factors que limiten l'extensió de dispositius de segona i tercera generació en teleassistència (Barlow i Venables 2003; Barlow, Bayer



i Curry 2005). Jacobus (2004) argumenta que aquesta limitació es deu parcialment al fet que alguns proveïdors privats impulsen innovacions tecnològiques a partir del que la tecnologia pot fer, sense tenir en compte els requisits per l'ús quotidià d'aquestes tecnologies.

Cal recordar que la tecnologia de qualsevol programa de teleassistència s'instal·la a la llar del propi usuari. Per tant, caldrà incloure les opinions de les persones grans que volen esdevenir usuaris i estudiar-ne la seva usabilitat. En general, pocs estudis han fet aquest exercici i els que ho han fet es limiten a les actituds de professionals i polítics davant certes innovacions tecnològiques (Levy et al. 2003). En el cas de la teleassistència, les necessitats dels usuaris són especialment complexes i menys definides que en telemedicina (A. Sixsmith i J. Sixsmith 2000).

D'aquesta manera, caldrà tenir en compte si s'ha realitzat un procés previ de consulta als diferents col·lectius socials que estaran en contacte amb una determinada innovació tecnològica (Percival i Hanson 2006). Així, per exemple, Finch et al. (2005), després de 38 entrevistes a informants clau, argumenten que les prioritats en teleassistència s'assumeixen com a autoevidents, i que no s'estableixen a partir d'evidència empírica derivada d'usuaris, professionals o cuidadors.

- Complexitat del projecte i provisió de servei. La complexitat del projecte i la provisió del servei es relacionen amb la forma com la xarxa de serveis socials adreça les necessitats socials de la població envellida que té al seu càrrec. Com més heterogènia sigui la població i més patologies de caràcter crònic hi hagi, el projecte haurà de filar més prim en el seu disseny i, per tant, la seva complexitat augmentarà. Com més alt sigui el grau de dependència de la població a la que s'està atenent, la teleassistència haurà d'estar més integrada amb els serveis socials i sanitaris en el seu conjunt. Per exemple, mantenir un cert nivell de seguretat a casa per una persona gran és quelcom molt diferent que facilitar l'accés a informació general a través d'una centralita de professionals. Aquesta darrera funció, més preventiva, pot posar-se en funcionament sense tanta coordinació amb els serveis socials. No obstant això, quan passem a una funció de resposta, gestionant els riscos de l'envelliment de l'usuari, cal una vinculació estreta amb d'altres serveis socials i programes d'actuació en el domicili.



- Grau d'acolliment local. La manca de suport local i unes pautes clares de presa de decisions són dos factors que condicionen la implementació de la teleassistència. En un estudi pilot de gent gran amb demència, Woolham i Frisby (2002) assenyalen la importància de l'existència d'uns protocols comuns i models homogenis per la implementació. Aquests protocols inclouen processos d'anàlisi previs dels usuaris potencials respecte les seves necessitats tecnològiques. Així mateix, els protocols inclouen guies pràctiques sobre com aquesta tecnologia es pot oferir de manera local – sigui a través dels ens locals, per iniciativa privada o en fórmules mixtes.

El desenvolupament d'aquests protocols depèn del grau de coneixement i la identificació local amb els beneficis potencials que suposa la teleassistència. En aquest punt, Woolham i Frisby (2002) argumenten que el fet de proporcionar informació i fer campanyes de sensibilització pot ser insuficient per tal que els professionals d'un servei local apostin i s'identifiquin amb la provisió de tecnologia a la llar de les persones grans. En aquests casos, el grau d'acompanyament professional haurà de ser més intens, malgrat no sigui necessàriament desplegant mecanismes de control (Edmondson 2003).

- Manca d'evidència sobre l'efectivitat del servei. La generació d'evidència sobre fins a quin punt una innovació tecnològica tindrà un efecte positiu, a través de projectes pilots, és especialment important en el camp dels serveis personals. De manera general, previ a que una innovació tecnològica es pugui generalitzar, se sotmet a uns controls de qualitat molt exigents. Per alguns autors, aquest és un aspecte pendent en el camp de la teleassistència i telemedicina (Gask et al. 2002; C. May et al. 2003). Malgrat que, de manera individual, més estudis pilots presenten com a beneficioses aplicacions tecnològiques en medicina i serveis socials, les meta revisions indiquen que els dissenys d'aquests pilots són poc robustos (P. Whitten et al. 2007). D'una banda, perquè els pilots analitzats contenien un número molt baix de participants. Aquest baix nombre de participants es deu normalment als costos de manteniment de determinades innovacions tecnològiques. Per tant, els estudis pilots amb un disseny d'escala adequada esdevenen altament dependents de la recerca continua de finançament (Harrow, Samia i Morgan 2003). D'altra banda, perquè es considera molt complex determinar un sistema d'*outcomes* que mesuri l'impacte de certes innovacions tecnològiques, donada la gran heterogeneïtat de tecnologia disponible i la gran varietat de necessitats que viuen els usuaris d'aquestes tecnologies. En gran



part dels pilotatges, les innovacions tecnològiques en investigació tenen un caràcter preventiu i conviuen amb d'altres serveis a domicili, fet que fa molt complex aïllar l'impacte d'una única innovació tecnològica (P. S. Whitten et al. 2002; P. Whitten et al. 2007).

- Manca de models de transferibilitat i sostenibilitat. Alguns autors alerten que la dificultat de generalitzar els *outcomes* d'alguns pilots (Jennett et al. 2003; Hailey, Ohinmaa i Roine 2004) provoca una manca de models de transferència i sostenibilitat dels programes a mig i llarg termini (Barlow, Singh, et al. 2007). Per una banda, en la majoria dels països europeus són les administracions públiques les que tenen un major pes en el finançament del servei de teleassistència. El grau de participació de la iniciativa privada, amb finançament íntegre d'algun servei, és encara incipient. En el millor dels casos, el rol de la iniciativa privada es limita a la provisió de l'equipament tecnològic a l'usuari final, essent l'administració pública el principal client d'aquestes empreses. A més, els models públics de subvenció ofereixen un repertori molt limitat de dispositius tecnològics, oferint serveis d'atenció personal més propers a la telealarma personals que no a la teleassistència. De la mateixa manera, s'ha comprovat que la introducció d'innovacions tecnològiques en aquests models públics és complex i lent en gran part dels països de la Unió Europea (Kubitschke et al. 2010).

Per altra banda, el grau de dispersió dels nombrosos pilots han dificultat la creació d'estratègies planificades a nivell nacional pel que fa a la generalització del servei. Per exemple, la literatura especialitzada assenyala que sovint hi ha una manca de coordinació entre pilotatges de tecnologia similar (Barlow, Singh, et al. 2007). No obstant això, en alguns països com Anglaterra, les administracions públiques han fet un esforç per dissenyar models de transferència als quals els ens locals es poden acollir per a desenvolupar els seus serveis de teleassistència. Aquests models ofereixen recursos i assessorament sobre com fer una diagnosi de necessitats prèvia, guies per a la implementació i pautes per la seva avaluació (Department of Health 2005)



2.3 Quina és l'evidència actual sobre els beneficis de la teleassistència?

2.3.1 La situació de partida

Tal com ens aporta Barlow (2006), molts països veuen en la teleassistència una forma cost-efectiva d'apropar la cura professionalitzada a la llar de la persona gran. Tot i que la tecnologia sembla estar preparada per la generalització de la teleassistència, el desenvolupament del recurs es considera encara poc desenvolupat. Mentre que els potencials beneficis són ben reconeguts, tant en la literatura internacional com a nivell polític, hi ha poques experiències d'un servei sostingut en el temps que pugui evidenciar amb mètodes robustos quins són els impactes de la teleassistència. Els nombrosos casos pilots no s'han arribat a generalitzar com a estratègia integrada en la provisió dels serveis de cura a la llar de les persones grans. Per exemple, l'autor assenyala que, a Anglaterra, nombroses autoritats locals han apostat per la teleassistència però poques experiències han anat més enllà del nivell municipal.

No obstant això, la literatura especialitzada distingeix entre beneficis individuals i beneficis sistèmics. Mentre que els primers es centren en aspectes clínics i qualitat de vida dels usuaris del servei, els segons intenten determinar si el servei de teleassistència és cost-efectiu. Actualment és molt complex obtenir una idea global i clara dels beneficis que es poden desprendre de la generalització de la teleassistència. El principal motiu és que la teleassistència implica implementar una intervenció híbrida entre serveis personals i tecnologia a un col·lectiu molt heterogeni en quant a les necessitats personals d'atenció i suport (G. Williams i Doughty 2007). En especial, l'evidència sobre el cost-benefici s'ha obtingut a dia d'avui a partir de modelitzacions sorgides d'estudis pilots. Per tant, són varis els autors que recomanen cautela en el moment d'interpretar aquestes dades (Barlow, Bayer, et al. 2007; K. A. Stroetmann et al. 2010).

En la direcció d'assenyalar quins són els buits sobre els que cal impulsar l'avaluació en teleassistència, s'emmarca la revisió que han fet Barlow, Singh, et al. (2007). Aquests autors han construït una taula sintètica en la qual assenyalen l'estat de la qüestió pel que fa a les àrees on es requereix generar evidència. Per una banda, els autors inclouen a la taula diferents aplicacions de la teleassistència; i per altra banda, el tipus de beneficis:

Taula 3: Resum de l'evidència actual existent en Teleassistència



Aplicació de la Teleassistència	Evidència en:	
	Outcomes individuals	Outcomes sistèmics
Seguiment i monitorització de signes vitals	Exemple: programa de telemedicina per a pacients amb diabetis Bona evidència emergent	Exemple: programa de teleconsulta per pacients amb diabetis que redueix el nombre de visites presencials Alguna evidència
Seguretat i seguiment personal	Exemple: programa de seguiment de gent gran amb risc de caigudes Evidència Limitada	Exemple: programa de seguiment de gent gran amb risc de caigudes que mostra una reducció en el nombre d'ingressos hospitalaris No hi ha quasi evidència
Informació, consell i suport	Exemple: programa de suport a persones grans relativament autònoms a través de telèfon o internet per donar informació específica Bona evidència	Exemple: programa de suport a persones grans relativament autònoms a través de telèfon o internet per donar informació específica i que redueix les consultes presencials a atenció primària Alguna evidència

En síntesi, la taula mostra com l'evidència actual sobre la teleassistència es centra a nivell individual en el camp de la telemedicina (seguiment i monitoratge de signes vitals) i també en les aplicacions tecnològiques orientades a donar consell a les persones grans amb relativa autonomia (alarmes personals, centraletes d'atenció telefònica). Tot i això, l'evidència sobre el seu cost-efectivitat és encara limitada perquè pocs estudis acomplien els criteris establerts pels autors⁸.

2.3.2 Evidència sobre els beneficis individuals

Efectes positius de la telemedicina sobre algunes patologies cròniques d'usuaris relativament 'autònoms'

- Bensink et al. (2006) suggereixen que s'ha trobat prou evidència sobre l'efectivitat de les actuacions tecnològiques de seguiment remot d'usuaris relativament autònoms amb diabetis, problemes mentals o patologies cardíaques. Així mateix, Bowles i Baugh (2007) assenyalen que enriquir la cura de persones grans amb suport

⁸ Barlow, Singh, et al. (2007) estableixen com a criteris per la selecció qualsevol recerca amb disseny experimental i dissenys observacionals amb una mostra superior a 80 individus.



tecnològic assistit millora la situació clínica de patologies cròniques com diabetis, ferides cròniques o riscos coronaris. D'aquesta manera, les estratègies de coordinació entre serveis presencials i no presencials augmenten la independència funcional d'usuaris amb patologies cròniques (Botsis i Hartvigsen 2008).

- Barlow, Singh, et al. (2007) argumenten que, dels articles analitzats, emergeixen resultats contradictoris pel que fa al seguiment i monitorització de signes vitals dels usuaris. Mentre alguns dissenys experimentals apunten a que dispositius tecnològics remots poden millorar els nivells de glucosa en pacients diabètics, d'altres asseguren que no hi tenen cap efecte. De la mateixa manera, alguns dissenys experimentals apunten que un seguiment remot de la hipertensió arterial millora l'adherència a la medicació i la pressió. D'altres en canvi, han indicat que no han aportat un efecte significatiu per la millora a la qualitat de vida.
- Barlow, Singh, et al. (2007) trobaren evidència sobre els beneficis sistèmics de la teleassistència en 36 estudis amb mètodes experimentals i dos estudis observacionals. Segons aquests autors, el fet de donar suport proactiu per telèfon a través d'una centralita professional millora els resultats clínics o redueix els símptomes dels usuaris amb depressió, diabetis, patologies coronàries, asma i malalties respiratòries obstructives cròniques. El seguiment de l'usuari per telèfon també s'associa positivament a una millor adherència al tractament i millores en la gestió de la pròpia malaltia en patologies com la diabetis, la depressió i la hipertensió. Així mateix, dos dels estudis revisats manifesten que substituir les visites presencials per trucades no afecta negativament els resultats clínics dels usuaris atesos.

La tecnologia millora la percepció de seguretat i disponibilitat d'informació dels usuaris.

- Barlow, Singh, et al. (2007) mostren com no han trobat cap estudi amb metodologia experimental que acomplís els seus criteris, encara que els sistemes d'alerta (alarmes personals o detectors de caigudes, per exemple) hagin tingut una gran acollida per part dels usuaris. Tot i això, s'han desenvolupat alguns estudis observacionals mitjançant enquesta que mostren els efectes de la tecnologia sobre la percepció de seguretat dels usuaris.
- De San Miguel i Lewin (2008) analitzen l'impacte de les alarmes personals en la vida quotidiana de les persones grans (Taula 4). Mitjançant una enquesta retrospectiva a 2610 usuaris, els autors mostren com les alarmes personals permeten guanyar



rapidesa en ésser atesos en cas d'una emergència. Un 79,7 % dels enquestats responen que les alarmes personals han tingut un impacte elevat en aquest aspecte. Un altre impacte que sorgeix de l'enquesta és el fet que l'alarma personal redueix l'ansietat per una possible caiguda (n=988, 74 %) i la possibilitat d'allargar la residència a la pròpia llar. Així mateix, un 63,8 % (n=795) dels enquestats posen de manifest que les alarmes personals els ha donat més confiança per a poder portar a terme les activitats quotidianes.

Taula 4: Resums dels impactes de les alarmes personals segons San Miguel i Lewin (2008)

Tipus d'impacte	Mida de l'impacte		
	Sense impacte	Petit o mitjà	Gran
Accés més ràpid en cas d'emergència	8,3 % (n=100)	12 % (n=544)	79,7 % (n=951)
Reducció de l'ansietat per una possible caiguda	6,3 % (n=84)	19,7 % (n=262)	74 % (n=988)
Augment del temps que es pot viure a casa	14,2 % (n=175)	15,3 % (n=188)	70,5 % (n=867)
Major confiança en realitzar les activitats quotidianes	12,1,3 % (n=151)	24,1 % (n=301)	63,8 % (n=795)
Major mobilitat	25,2 % (n=284)	25,4 % (n=285)	49,4 % (n=556)
Menor contacte amb la família, disminució de les relacions familiars	58,3 % (n=581)	17,4 % (n=174)	24,3 % (n=242)

- Un dels objectius finals de la teleassistència és que els seus usuaris puguin viure més temps a casa seva i retardi la institucionalització. En certa mesura, aquesta decisió es vincula a una percepció de seguretat a la pròpia llar. En aquesta direcció, S. Brownsell, Blackburn i Hawley (2008) realitzen un estudi pilot amb dissenys experimentals per tal de veure els efectes de la tecnologia de segona generació en teleassistència. El pilot de 24 persones amb teleassistència que viuen en cases tutelades, es compara amb un grup de control de 28 persones sense. La tecnologia de segona generació constava de sensors d'inundacions o detectors de caigudes, mentre que la de tercera implicava connexió a internet en un cibercafé. En general, no es van detectar canvis significatius en la por a caure, tot i que sí que es va observar



una millora del domini del SF36⁹ de funcionament social (7,5 % de diferència p-valor=0,049). Tendències positives també s'observen en una millora en la percepció de seguretat a casa (especialment a la nit), un increment de més temps d'estada a casa i un descens en el nivell del temor a esdevenir víctimes d'un crim. Els autors conclouen el pilot advertint que els resultats als que han arribat cal que es confirmin amb recerca més robusta metodològicament.

Efectes indirectes sobre els cuidadors dels usuaris: 'evidència' qualitativa

- La majoria d'estudis que analitzen els efectes de la teleassistència sobre els cuidadors són de caire qualitatiu. No obstant això, Woolhan (2005) realitza una comparació abans-després mitjançant una enquesta a cuidadors que disposaven d'un servei bàsic de teleassistència (n=127). Un 87 % respon que disposar d'un servei de teleassistència els havia suposat una millora en la seva percepció de seguretat de la persona gran que tenien a càrrec. Més de la meitat afirmen que el projecte havia contribuït a una millora en la confiança en el servei com a forma d'estar més segurs i tranquils a casa.
- Alguns estudis emfasitzen la resposta positiva dels cuidadors a l'oportunitat de gaudir de suport telefònic en la cura de la persona a càrrec. La majoria dels sistemes de suport telefònic els porten professionals que proporcionen un seguiment i suport constant a la família de la persona gran per tal de reduir-ne l'estrès i ajudar-los a optimitzar l'organització diària de la cura. Específicament, Ploeg et al. (2001) realitzen un estudi qualitatiu per tal d'identificar quins àmbits les centraletes de suport telefònic poden ajudar als cuidadors. En un total de 34 entrevistes, els cuidadors posen de manifest que les centraletes milloren la seva vida social, les necessitats d'informació i el suport emocional.
- Al seu torn, Magnusson, E. Hanson i Nolan (2005) analitzen els beneficis del projecte de teleassistència ACTION sobre els cuidadors suecs. Els autors afirmen que el servei ha permès als cuidadors sentir-se més segur a casa i més competents en la seva tasca de cura. Arran del projecte, la gent gran i familiars han desenvolupat xarxes de suport informal amb altres famílies usuàries del servei. En aquest sentit, els implicats assenyalen que el projecte els ha permès disposar de més temps per a la dedicació personal.

⁹ El SF36 és un instrument desenvolupat en les ciències de la salut que mesura el grau de salut mitjançant un qüestionari de 36 preguntes.



- L'estudi qualitatiu més detallat i intensiu sobre els beneficis de la teleassistència pels cuidadors s'ha portat a terme a Escòcia (Jarrod i Yeandle 2009; Aspinall i Dobbs 2011). Aquests autors apunten que el principal benefici de la teleassistència sobre els cuidadors ha estat el d'augmentar la percepció de tranquil·litat del cuidador, ja que la persona que cuida està permanentment atesa. En conseqüència, els cuidadors entrevistats aporten que amb el dispositiu es senten menys estressats i menys cansats, amb una millor qualitat de vida. Alguns cuidadors també han manifestat que l'aparell els permet conciliar millor el son i de forma contínua. Finalment, alguns cuidadors veuen la teleassistència com un complement per la seva tasca de cura, més que no pas un substitut de les tasques de cura que tenen al càrrec.

2.3.3 Evidència sobre els beneficis sistèmics de la teleassistència

L'evidència sobre els efectes de la teleassistència es divideix en dues vessants, la individual però també la sistèmica. Aquesta darrera contempla l'efecte de la tecnologia sobre el repartiment dels recursos existents en el sistema públic. Generalment, els efectes de la teleassistència s'han avaluat amb la finalitat d'explorar els *outcomes* clínics individuals, més que no pas l'efecte en tot el sistema. Alguns progressos s'han pogut fer mitjançant la modelització i l'extrapolació (Bayer et al 2003, 2007). Els resultats d'aquests exercicis mostren com l'efecte en el retard de la institucionalització de les persones pot ser petit a curt terme, però més pronunciat a mig o llarg termini. La implicació és que la implementació dels programes de teleassistència ha d'anar dirigida a persones relativament autònomes i no a les que estan en un nivell més elevat de dependència (Bayer, Barlow i Curry 2004).

La informació disponible sobre l'estalvi econòmic real és encara molt difusa. L'estimació dels costos quantitius i els beneficis generals per la teleassistència s'han d'interpretar amb cautela. Per tant, una de les assignatures pendents en aquest àmbit és impulsar la generació d'evidència al respecte en termes de beneficis, però també amb la introducció de l'avaluació en la rutina de la prestació del servei. Molts dels estudis interessats en l'impacte econòmic no tenien un grup de control. Les anàlisis abans-després tampoc han estat gaire nombroses. Sense grup de control en les avaluacions econòmiques no hi ha una idea de la 'normalitat', és a dir, què hagués passat en absència de la teleassistència. Per tant, aquest conjunt d'avaluacions d'acord a pilots podrien estar magnificant els impactes econòmics del programa avaluat. Aquesta tendència s'agreuja quan la selecció



dels participants en les avaluacions ha estat esbiaixada, per exemple, incloent les persones que estan interessades en la tecnologia o amistats de les persones que estan prenent part del pilot. A més, cal tenir en compte que pocs ens locals disposen dels coneixements i recursos necessaris per tal de poder portar a terme una avaluació d'impacte amb dissenys experimentals.

Estalvis hospitalaris, retard en la institucionalització

- Alguns estudis evidencien l'estalvi econòmic que es pot aconseguir a través de la teleassistència o telemedicina. En els anys 90, l'evidència venia dels Estats Units i Canadà on alguns autors documentaven com les alarmes personals reduïen els costos hospitalaris, amb un 25 % menys d'ingressos i una reducció del temps mig d'ingrés de 9,2 a 5,7 dies (Hyer i Rudick 1994). L'any 1998, a Anglaterra, l'estudi de Wotton (1998) va demostrar com un 15 % de les visites fetes per infermeres a domicili poden ser substituïdes per sistemes de vídeoassistència.
- En el marc del projecte *Safe at Home* es va realitzar un disseny pilot amb un grup de control de 14 avis amb demència vivint a casa. En el pilot es va demostrar que s'havia millorat la qualitat de vida dels usuaris i que hi va haver una reducció del cost associat a l'atenció de les persones grans (Woolham et al. 2002; Woolhan 2005). El projecte va identificar importants estalvis com a resultat de personalitzar i instal·lar la tecnologia adient en cada cas, amb un cost mig de £271 (el cost inclou una alarma personal i alguns sensor a la llar). Aquest estalvi es produeix perquè els usuaris es queden més temps a casa en comparació amb el grup de control, fent menys ús d'hospitals i recursos residencials.
- Chumbler et al. (2005) demostra com una millor coordinació entre el suport presencial i un programa d'assistència remota redueix de manera significativa, fins a un 50 %, la proporció de veterans amb diabetis que foren hospitalitzats. La reducció de la hospitalització s'ha demostrat en d'altres estudis per algunes patologies cròniques com la diabetis (Barnett et al. 2006) o els riscos coronaris (Kashem et al. 2006). Per exemple, els costos posteriors a una descompensació d'una patologia coronària que porten a una hospitalització es podrien alleugerir a través d'un sistema combinat d'una breu estada hospitalària i un període de convalescència a la llar seguint al pacient amb un sistema remot (Benatar et al. 2003).
- Barlow et al (2007) en la seva revisió de la literatura sobre els beneficis de la teleassistència localitzen alguns pilots experimentals i estudis observacionals sobre



els beneficis sistèmics de la teleassistència. Aquests autors asseguren que transmetre informació sobre signes vitals de persones grans amb patologies cròniques és tant eficient com el mètode presencial, però que la transmissió remota redueix l'ús dels serveis de salut en pacients amb problemes coronaris i d'obstrucció crònica del sistema respiratori. Així mateix, consideren que hi ha prou evidència com per afirmar que fer un seguiment telefònic a persones grans amb certes malalties cròniques redueix l'ús dels serveis primaris i hospitalaris de salut. Alguns pilots han demostrat que el seguiment telefònic regular per part d'infermeres redueix o retarda la hospitalització i els costos de gent gran amb diabetis, problemes coronaris, artritis o asma. No hi ha evidència sobre quina hauria de ser la freqüència del seguiment telefònic.

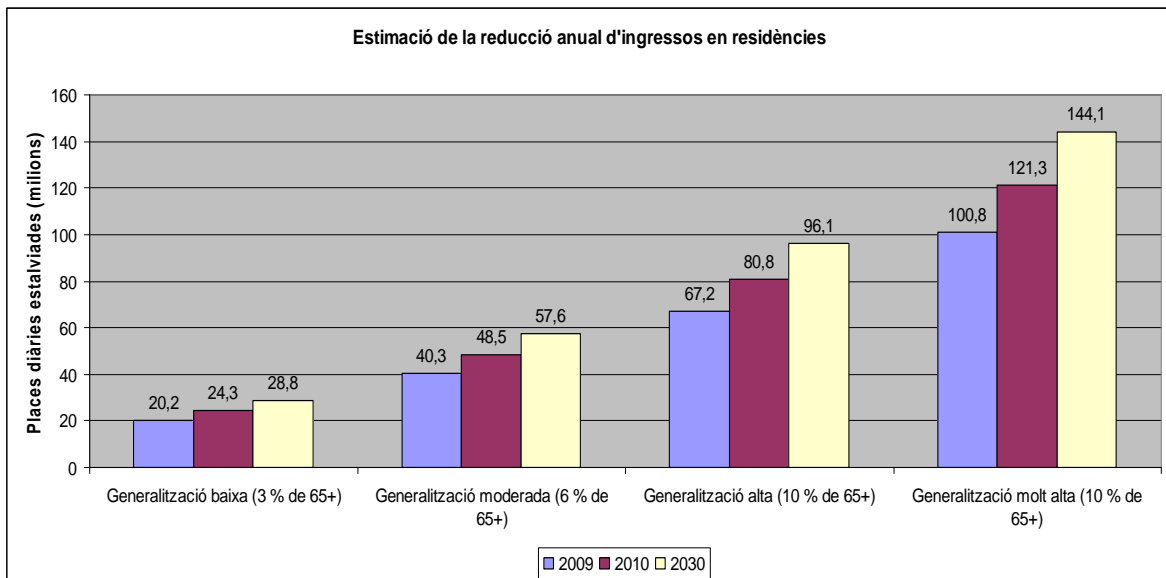
El cost-benefici de la Teleassistència: simulació i extrapolació.

- Resultats de l'avaluació del Scottish Telecare Development Programme (Beale et al. 2009) suggereixen que la implementació de la teleassistència redueix el nombre d'ingressos en servei residencials intensius. Així mateix, també disminueix el nombre d'hospitalitzacions. En base a aquestes dades, Kubitschke et al. (2010) fan una extrapolació agregada als 27 països de la Unió Europea. Aquest exercici mostra com la generalització de la teleassistència pot implicar un estalvi econòmic anual reduint l'ocupació diària de serveis residencials intensius (gràfic 2)¹⁰. Així mateix, evitar la necessitat d'hospitalització també esdevé una forma potencial d'estalvi econòmic (gràfic 3).

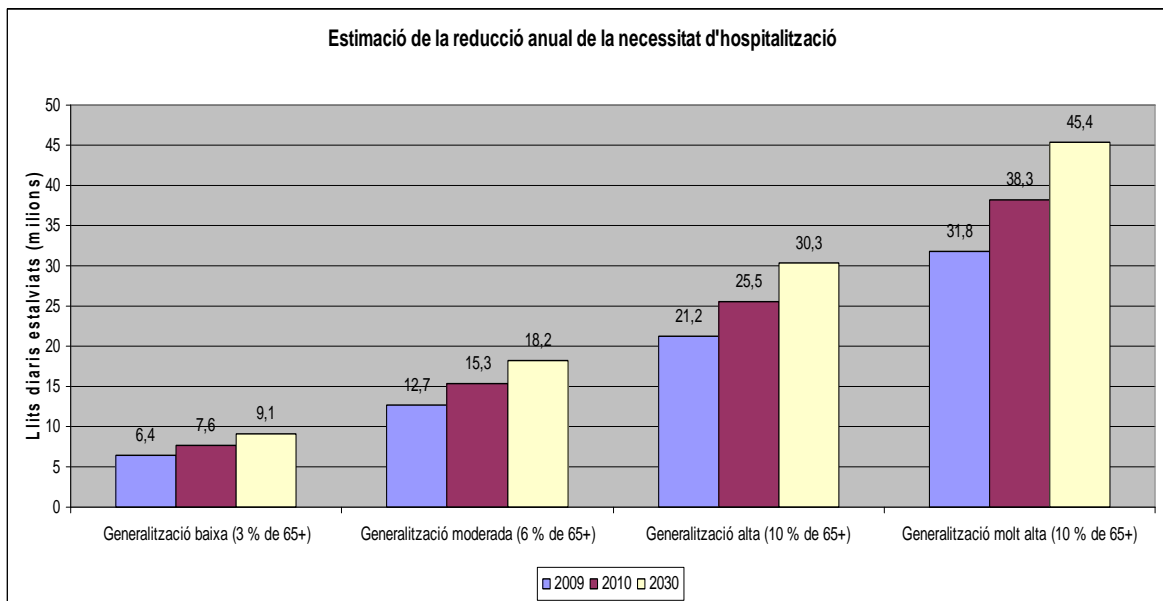
¹⁰ Els gràfics s'han calculat sota el supòsit de diferents escenaris de presència de la teleassistència en els 27 països europeus entre la població de més de 65 anys, que reflecteixen les taxes reals de cobertura de la teleassistència de primera generació (alarmes personals). Així mateix, es suposa un estalvi de 7,8 dies d'estada per any a partir de les dades reals de l'avaluació de Beale et al (2009). Així mateix, en el cas de les hospitalitzacions es suposa un estalvi mitjà de 2,5 dies per usuari de teleassistència per any.



Gràfic 2: Estimació de la reducció anual d'ingressos en residències



Gràfic 3: Estimació de la reducció de la necessitat d'hospitalització



- Pleace (2011) estima els costos de diferents serveis assistencials a Escòcia, tenint en compte diferents tipus de serveis assistencials (des de teleassistència fins a serveis més residencials). Així mateix, l'autor diferencia varis nivells de necessitat de suport, incloent des de perfils d'usuaris completament autònoms, fins a usuaris amb alta dependència. La següent taula mostra una estimació dels costos mitjans per usuari a partir de les estimacions de cost que alguns estudis s'han fet a Escòcia (Bäumker, Netten i Darton 2008; Curtis 2010; Newhaven Reseach 2010). La taula evidencia



l'estalvi econòmic que podria comportar la generalització de la teleassistència per alguns perfil d'usuaris, com ara aquells amb relativa autonomia (costos mitjans per setmana i usuari):

Taula 5: Comparació dels costos estimats setmanals d'un usuari amb teleassistència i ingressat en una residència

Nivell de necessitat	Suport a la llar de l'usuari	Entorn residencial
Algun suport esporàdic per l'autonomia de l'usuari. No té necessitats de cura	Teleassistència – adaptacions tècniques a la dutxa	No és un perfil pel servei
Costos estimats	£12- £22 (£36)	-
Discapacitat o malaltia de llarga duració que repercuteix en la mobilitat personal de l'usuari	Teleassistència –suport personal ¹¹ (1 hora) – ascensor per a usuaris amb cadira de rodes	No és un perfil pel servei
Costos estimats	£14- £10- £51 (£75)	-
Persona gran en una situació vulnerable amb necessitats de cura personal i amb mobilitat reduïda	Teleassistència – suport personal (1 hora) – adaptació del bany i ascensor per usuari amb cadira de rodes – cura professional a la llar	Servei residencial que s'ocupa de les limitacions físiques de l'usuari
Costos estimats	£14- £10- £203- £64 (£291)	£475
Necessitats de cura importants, amb una condició física molt fràgil i amb mobilitat molt reduïda	Teleassistència – suport personal (3 hores)- adaptació del bany i un ascensor per usuari amb cadira de rodes – cura professional a la llar – visita setmanal d'una infermera	Servei residencial especialitzat per gent gran amb alta dependència
Costos estimats	£14 - £10 - £203 - £214 - £27 (£488)	£845

- Finalment, la modelització dels processos implicats en la provisió del servei a diferents grups poblacionals pot ajudar a identificar l'efecte general que la teleassistència podria tenir (Bayer et al. 2007). L'estudi de S. J. Brownsell et al. (2001) mostra com un servei d'alarma personal comporta una recuperació de la inversió en un període de deu anys en forma d'una reducció dels costos hospitalaris i residencials de l'usuari del servei. Un altre estudi (Bayer et al. 2004) conclou que una provisió generalitzada de teleassistència centrada en la prevenció redueix un 11 % en un període de cinc anys el nombre de persones que entren a un entorn residencial. Aquest autor també adverteix que l'impacte de la teleassistència és major en

¹¹ El suport personal inclou un servei professional presencial que s'encarrega d'ajudar als beneficiaris a portar les comptes de casa, mantenir al dia el pagament de les factures personals, organitzar la medicació o acompanyar a l'usuari al metge.



persones grans relativament autònomes, davant els que ja tenen un grau de dependència mig o elevat.

- Bayer et al. (2007) adverteixen que els resultats d'aquestes projeccions s'han de prendre amb cautela. Assumint que només tenen teleassistència usuaris de nou accés, el nombre d'ingressos en recursos residencials es podria reduir en un 5 % a tot el Regne Unit només 5 anys després de la seva introducció. Per tant, l'efecte de la teleassistència a 5 anys vista sembla ser petit, ja que cal més temps perquè un nombre substancial d'usuaris d'aquesta cohort esdevinguin persones grans amb dependència i puguin requerir d'ésser institucionalitzades. A més llarg terme, l'efecte s'estima més pronunciat arribant a un 25 % al cap de 20 anys. El nombre d'ingressos hospitalaris mensuals per aquesta població podria caure entorn d'un 3 % en un període de 5 anys i després establir-se (Bayer et al. 2007).

2.4 Síntesi final

Què són i què pretenen els programes de teleassistència?

Els programes de teleassistència inclouen la prestació de serveis d'atenció a l'usuari final en el seu context més immediat, amb el suport d'un ventall ampli de tecnologies d'informació i comunicació. Per tant, la teleassistència es diferencia clarament de la telemedicina en el fet que aplica tal tecnologia a la transferència d'informació per i entre professionals en tasques específiques com la diagnosi o el seguiment d'una patologia. La teleassistència es basa en la premissa de que les persones que requereixen atenció haurien de mantenir al màxim els vincles socials quant més temps millor. D'aquesta manera, el suport es dona en diferents entorns físics però immediats a l'usuari final, bàsicament amb serveis de baixa intensitat com són suport telefònic o visites de seguiment a domicili. El servei mínim de teleassistència comporta una terminal que l'usuari final pot activar a conveniència i rebre l'atenció professionalitzada que necessiti des d'una centraleta telefònica. Paral·lelament a aquesta terminal, una xarxa de sensors de fum o gas es poden ubicar a llocs estratègics de la llar de l'usuari, podent gestionar així el risc d'un accident des de la mateixa centraleta. Per tant, des de la centraleta es monitorea la vida diària de l'usuari final que, en una situació d'emergència (caigudes, per exemple), pot rebre resposta immediata.



A més a més, en la seva vessant més preventiva, una de les funcions principals de la teleassistència és possibilitar que la persona gran pugui romandre a casa, vetllar per la seva seguretat i evitar, així, que s'hagi d'institucionalitzar precoçment en algun servei més intensiu. D'aquesta manera, s'ha argumentat que, amb aquesta prolongació de l'estat de la persona gran a casa seva, els costos elevats en d'altres serveis com residències, atencions a domicili o centres de dia es reduiran. La gran quantitat d'informació quotidiana de l'usuari final permetrà detectar quan la persona gran pot requerir de serveis complementaris a la llar, fent més eficient l'assignació dels recursos socio-sanitaris.

Què ens aporta la implementació dels programes de teleassistència?

La revisió de la literatura especialitzada en la implementació dels programes de teleassistència evidencia que la majoria de projectes de teleassistència són programes pilots sense una aposta coordinada en la majoria dels països revisats. Així mateix, l'escassa aplicació de tecnologia de segona i tercera generació d'aquests programes fa que el potencial de la teleassistència com a servei de suport a la vellesa es limiti al seu caràcter de resposta davant situacions urgents. El seu caràcter més preventiu, de seguiment i gestió contínua de les necessitats emergents del procés d'envelliment, sembla quedar relegat a un segon terme.

Aquesta manca de desenvolupament en la prevenció constata que cal una major coordinació de recerca i desenvolupament de programes arreu d'Europa. Actualment, hi ha exemples de programes que combinen ambdues facetes, prevenció i de resposta. Però la seva extensió i transferència depèn de diversos factors segons de cada país: el context organitzatiu i les cultures professionals, les necessitats i demandes de l'usuari, les dinàmiques de provisió del servei, el grau d'acolliment local i l'evidència sobre l'efectivitat del servei.

Finalment, un dels trets específics de la implementació d'aquest tipus de programes és que el seu impuls és a mans de les administracions públiques. Aquest impuls s'ha traduït majoritàriament en programes subvencionats, sense considerar quin hauria de ser el grau d'implicació de la iniciativa privada en la gestió i/o provisió del servei. Des del Regne Unit es considera que l'actual implementació dels programes de teleassistència sembla oblidar que, sense la implicació de la iniciativa privada en l'atenció i suport de les necessitats derivades de l'envelliment, el model de subvenció pública de teleassistència no és



sostenible a mig o llarg termini (Audit Commission 2004; Barlow et al. 2004; Barlow, Singh, et al. 2007).

Quina és l'evidència actual sobre els beneficis de la teleassistència?

El limitat nombre de pilots sobre serveis de teleassistència s'han avaluat centrant-se en els beneficis individuals per usuaris i cuidadors, menystenint la importància dels beneficis sistèmics. A partir de la literatura internacional, l'impacte de la teleassistència és incert. S'ha demostrat que aquest servei pot millorar de manera substancial molts factors individuals dels usuaris (per a la solitud, risc de caigudes, estrès del cuidador...), aspectes psicològics que menen a un increment en la intensitat del recurs assignat de suport a l'envelliment (S. Brownsell, Barlow i Curry 2005). Tot i que la qualitat d'aquests estudis és heterogènia, alguns articles científics mostren beneficis pels usuaris en la seva qualitat de vida en aspectes com ara la diabetis, la hipertensió o els problemes coronaris (Paré, Jaana i Sicotte 2007; Stachura i Khasanshina 2007). Així mateix, l'evidència qualitativa sembla indicar que els principals beneficis indirectes pels cuidadors es materialitzen en una millora en la percepció de seguretat de la persona de qui tenen cura, una reducció en els nivells d'estrès i un recurs important d'informació addicional per resoldre aspectes pràctics del dia a dia. En qualsevol cas, no s'han trobat estudis que permetin generalitzar aquests *outcomes*, fet que apunta a la necessitat de promoure dissenys experimentals que incloguin *outcomes* específics pels cuidadors.

Les revisions sistemàtiques consultades mostren que l'evidència en els beneficis de la teleassistència a nivell sistèmic (gestió d'usuaris o us dels recursos, per exemple) és encara poc robusta. Aquesta manca d'evidència no implica que la teleassistència no tingui impactes sistèmics (Barlow, Singh, et al. 2007), sinó que cal aprofundir en l'avaluació d'aquests serveis a partir de dissenys científics prou robustos com per a generalitzar-ne els resultats. Tot i això, alguns estudis pilots mostren que hi poden haver estalvis en la reducció del nombre d'hospitalitzacions per certes patologies cròniques dels usuaris.

La modelització dels processos implicats en la provisió del servei a diferents grups poblacionals pot ajudar a identificar l'efecte general de la teleassistència (Bayer et al. 2007). Tot i que els resultats d'aquestes projeccions s'han de prendre amb cautela, assumint que només tenen teleassistència usuaris de nou accés, el nombre d'ingressos



en recursos residencials es podria reduir en un 5 % a tot el Regne Unit, només 5 anys després de la seva introducció. Aquests supòsits posen de manifest que els beneficis a gran escala comporten temps per tal que siguin assolits. Temps que pot superar l'horitzó d'una legislatura i un cicle de presa de decisions sobre les polítiques de suport a l'envelliment (Bayer et al. 2007).

Algunes qüestions encara romanen obertes

El veritable impacte de la teleassistència en els serveis d'atenció a la gent gran només es podrà apreciar si els serveis existents s'avaluen de forma sistemàtica, més enllà de projectes pilots, i s'inclouen en tals avaluacions els beneficis sistèmics dels dispositius tecnològics. Malgrat que la teleassistència tindrà un paper decisiu en la forma de proveir atenció i suport a l'envelliment, l'evidència actual és força limitada i deixa sense respostes algunes preguntes que són importants:

- Hauria de ser la teleassistència un element de qualsevol cartera de serveis de suport a l'envelliment?
- Qui hauria de tenir l'expertesa professional per recomanar/dissenyar quina tecnologia necessita l'usuari donat una situació de risc? Quina mena de formació específica hauria de tenir aquest perfil de professionals?
- La selecció dels usuaris per teleassistència hauria de seguir directrius supralocals? O s'hauria de deixar a mans dels ens locals que apliquin els seus criteris de selecció?
- S'hauria d'oferir la teleassistència a aquells grups que més ho necessiten o s'hauria de generalitzar per maximitzar la capacitat preventiva del servei (Poole 2006)?
- Quin hauria de ser l'itinerari per fer sostenible un servei de teleassistència? Quin rol hi hauria de tenir la iniciativa privada?



3. Anàlisi qualitativa

3.1 Introducció

En aquest capítol presentem els resultats de l'anàlisi qualitativa de les entrevistes realitzades a informants clau del programa de Teleassistència de la DIBA de Barcelona. Les preguntes a les que dona resposta aquesta anàlisi són tres:

- Segons els entrevistats, quina és la teoria del programa del servei de teleassistència? Això és, quins són els principals objectius del servei? A través de quins instruments o recursos se suposa que els han d'assolir? Tots els actors en tenen el mateix coneixement?
- Com han viscut els informants la implementació del programa de Teleassistència? Quines són les principals característiques de la posada en pràctica del servei?
- Quins són els principals beneficis que aporta el programa?

Les conclusions d'aquest capítol es basen en un conjunt de 28 entrevistes semiestructurades realitzades a **responsables del servei** de la DIBA de Barcelona (directors i tècnics del Servei d'Acció Social i de l'Oficina de Suport Tècnic a l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència) i l'empresa adjudicatària Televida; **professionals** (treballadors socials municipals, coordinadors de zona i teleoperadores); i, finalment, **beneficiaris** (usuaris i cuidadors). Els detalls del guió de les entrevistes es pot consultar a l'annex C.

3.2 La teoria del programa de Teleassistència

3.2.1 La teoria del canvi del programa de Teleassistència: objectius preventius i de resposta immediata

En general, els informants entrevistats coneixen la teoria del programa de teleassistència. Han estat capaços d'identificar una lògica coherent i consecutiva entre els objectius del programa i les necessitats socials a les que s'espera donar resposta.

“Si l'avi o l'àvia està a casa, no el/la tenim en una residència. Però és que, a més, si els hi preguntes, ells et diran que com a casa no hi estan enlloc”

Els informants han identificat que el programa de teleassistència hauria de donar resposta a dos problemes



socials ben definits. Per una banda, el deteriorament de la qualitat de vida de les persones grans en envellir. Per altra banda, els costos econòmics derivats de l'ús de recursos intensius per a fer front a l'envelliment de la població. Pels entrevistats, l'estratègia institucional per fer front a aquests dos problemes és afavorir que la persona gran romangui a casa seva el major temps possible. Aleshores, la llar de la persona gran esdevé un nucli estratègic del programa, capaç de donar resposta de manera simultània a les necessitats individuals derivades de l'envelliment i a les necessitats sistèmiques d'estalvi econòmic en recursos intensius d'atenció a la dependència.

Un primer objectiu estratègic del programa és millorar qualitativament el procés d'envelliment de població d'edat avançada

“El fet que va posar en marxa aquest servei va ser la voluntat expressa de la gent de viure a casa seva fins que sigui possible”

L'objectiu que ha aparegut de manera més unànime en les entrevistes ha estat que la teleassistència hauria de poder millorar qualitativament el procés d'envelliment de la persona gran afavorint que aquesta pugui romandre més temps a casa seva. Segons els entrevistats, cada vegada més les persones grans expressen que ingressar en una residència o centre de dia ha de ser sempre el darrer recurs, quan veritablement la seva situació personal no els permeti ser autònoms a casa seva. Envellir qualitativament passa per respectar la decisió de la persona gran respecte quin recurs escull com a resposta al seu progressiu deteriorament físic i cognitiu. En el cas de la teleassistència, s'empra la vida quotidiana de la persona gran com a instrument que afavoreix la seva de qualitat de vida i en preserva el benestar personal. Se suposa que si la persona gran segueix 'en contacte amb els seus records, objectes, fotografies, amistats... estarà millor que si la desarrelen per posar-la en una residència¹².

A un nivell individual, el rol que hauria d'assumir el programa de teleassistència és el d'acompanyament i seguiment en l'envelliment de l'usuari. En concret, la intervenció pública tindria un *caràcter de resposta* a qualsevol emergència que esdevingui en la vida quotidiana de l'usuari i en disminueixi la seva qualitat. En concret, els informants identifiquen que aquest paper de resposta es tradueix en les següents activitats o funcions:

¹² El text entre cometes correspon a cites literals dels informants entrevistats



- activació de recursos comunitaris de caire sanitari o de seguretat en situacions d'emergència com caigudes, pujades de sucre... ;
- suport emocional en moments crítics com per exemple els processos de dol per la mort d'un cònjuge,
- i vinculació social, en casos on l'usuari viu sol.

Per tant, pels informants entrevistats són tres conceptes claus del servei els que proporcionen una qualitat en l'envelliment de la persona gran: seguretat de ser atès davant qualsevol accident, autonomia per viure a la pròpia llar i immediatesa en la resolució de qualsevol problemàtica quotidiana. A diferència de la vida quotidiana en residències o centres de dia on la planificació és major, la vida a casa suposa guanyar autonomia i independència. Amb un suport professional remot en la resolució de qualsevol problema quotidià, els informants argumenten que la persona gran segueix sentint-se autònoma i independent. El missatge del servei és molt clar: 'seguir vivint amb independència comporta més riscos, però una intervenció i suport professional addicional pot ajudar a reduir-los'.

Un segon objectiu, de caire més sistèmic i preventiu, és retardar l'ús de recursos intensius d'atenció personal per a persones grans (residències i/o centres de dia)

“Treballar la part preventiva de la teleassistència voldria dir retardar l'assignació d'altres recursos com ajudes a domicili, centres de dia o residències”

Els informants justifiquen que la teleassistència hauria de retardar la institucionalització de persones grans que estan a casa seva. En primer lloc, perquè el servei contribueix a que la persona gran se senti autònoma i segueixi vivint a casa seva. 'Estar a casa' contribueix a retardar el deteriorament cognitiu i físic de la persona gran mitjançant un acompanyament professional remot. D'aquesta manera, 'la persona gran sent que ha de deixar la seva llar, però ho fa més tard'.

En segon lloc, la teleassistència contribueix de forma activa a retardar l'ús de recursos més intensius perquè el seguiment de l'usuari permetria construir un itinerari personalitzat d'atenció a l'envelliment. És a dir, amb la teleassistència l'itinerari institucional d'envelliment d'una persona gran no passaria de la llar directament a una residència o centre dia. Es podrien posar en funcionament una sèrie de 'recursos intermitjos i



personalitzats': unes hores d'atenció domiciliària amb teleassistència, teleassistència amb auxiliar de la llar, teleassistència amb unes hores de centre de dia...

Finalment, perquè els usuaris que actualment romanen a casa amb una Teleassistència, en absència de la mateixa s'haurien d'ubicar en algun altre recurs més intensiu. Sense teleassistència, molts dels seus usuaris 'haurien de sortir a casa perquè deixarien de ser autònoms'.

En síntesi, el rol més *preventiu* de la teleassistència consistiria en tenir més capacitat de decisió sobre la circulació de la persona gran pels diferents recursos d'atenció personal al procés d'envelliment. La gran quantitat d'informació que proporciona el servei sobre la vida quotidiana de l'usuari, així com la gran capacitat de personalització del servei, haurien de permetre decidir els 'moments' en els que seria òptim per una persona gran deixar casa seva en favor d'un recurs més intensiu.

3.2.2 Quin és el grau de coneixement de la teoria del programa?

El coneixement de la teoria del programa (objectius preventius i objectius de resposta) no és el mateix per a tots els agents implicats en la implementació del servei de teleassistència

“Ens hem trobat que treballadors socials d'alguns ajuntaments es pensen que la teleassistència és encara un servei de telealarma”

Els serveis centrals del programa i l'empresa adjudicatària del servei mostren en les entrevistes conèixer la doble vessant del programa. Treballadors locals i beneficiaris del programa entenen el programa com un servei que es limitaria a la resolució de les necessitats immediates de l'usuari. Els treballadors socials d'alguns ajuntaments encara entenen que la teleassistència és un servei destinat a col·lectius de persones grans amb un deteriorament cognitiu i físic important que requereixen una forma de comunicar-se en cas d'una emergència sobreenvenida. 'Alguns treballadors socials es pensen que quan adjudiquen la teleassistència la feina ja s'ha acabat', aporta un entrevistat. La teleassistència, per contra, implicaria posar l'èmfasi en la vessant més preventiva del procés d'envelliment, portant a terme un seguiment proper de l'evolució diària de l'usuari.



Implicaria que, de forma remota i/o presencial, el treballador social de referència té informació contínua sobre l'evolució dels usuaris que té al seu càrrec.

Al seu torn, alguns usuaris del programa entendrien que la teleassistència seria un servei d'atenció personal a domicili. Les expectatives d'alguns usuaris impliquen que la teleassistència hauria de resoldre l'emergència de l'usuari. En algunes ocasions, no s'acaba d'entendre que l'única responsabilitat del servei seria activar els recursos necessaris per tal que l'emergència es resolgui satisfactòriament. 'Per alguns usuaris, hauríem de tenir un exèrcit de professionals esperant que els cridin per resoldre els seus problemes', esmenta un informant. Cada vegada més el servei de teleassistència s'ha anat dotant de recursos que es despleguen de manera presencial pel territori (unitats mòbils i coordinadors de zona) per a solucionar la demanda de l'usuari. Tanmateix, 'si hi ha una emergència sanitària, s'ha de trucar al SEM'.

“Alguns usuaris es pensen que darrera de la trucada vindrà algú a resoldre el problema. Però la teleassistència no surt corrent a atendre la persona: avisa a qui podrà atendre”

3.3 La implementació de la Teleassistència

3.3.1 Accés al programa de teleassistència

L'accés al programa de teleassistència s'inicia a partir d'una consulta directa d'un familiar de l'usuari o el mateix usuari als serveis socials de l'ajuntament. En menor grau, l'usuari arriba per captació activa del treballador social de referència

“Les xarxes informals han fet molt per popularitzar el servei. Ara la gent el coneix perquè entre veïns i amics s'ho diuen. No hem hagut de fer gaire promoció”

L'accés al servei de teleassistència es realitza a partir d'un model d'espera. És a dir, la persona gran o algun familiar de la mateixa es dirigeixen a informar-se als serveis socials del seu municipi. L'efecte multiplicador de les xarxes socials ha fet que el boca a boca sigui el principal mecanisme pel qual els usuaris entren en contacte amb el servei. Un treballador social exposa que 'no cal que els informi molt perquè molts venen perquè la veïna que té l'aparell, li funciona i ho explica als seus amic o familiars. Cada vegada això funciona més perquè hi ha més gent que té familiars que s'interessen'.



En menor mesura, l'usuari arriba per una recerca activa del treballador social a partir de la prospecció i detecció de població que compleixi els requisits com a potencial usuari del servei. L'excepció es dona en algun municipi visitat on els serveis socials tenen un treballador social a la xarxa primària de salut. En aquest entorn, on l'afluència de persones grans i familiars és molt gran, professionals de la salut (metges o infermeres) deriven aquells pacients que apriorísticament es podrien beneficiar del dispositiu. 'La majoria de persones grans prenen medicació i van de forma habitual a l'ambulatori. El fet de compartir edifici ens ajuda a detectar perfils de risc i avaluar-los', explica un treballador social. En aquest entorn, la captació de l'usuari es porta a terme de forma col·legiada entre professionals sanitaris i treballadors socials, fet que 'permet tenir en compte l'estat de salut de l'usuari així com el seu perfil social'. En conclusió, la coordinació social i sanitària dels centres d'atenció primària potencia la captació activa d'usuaris tributaris del servei de teleassistència que, prèviament, han estat objecte d'una avaluació conjunta per part dels professionals sanitaris i socials.

El programa de teleassistència disposa d'un itinerari d'accés al servei formalitzat. Aquest itinerari s'ha acomplert en gran part dels municipis de la DIBA

“Aquest gràfic d'accés al servei del manual de la Diputació de Barcelona s'ajusta bastant a la realitat. El que pot variar és la celeritat en portar-lo a terme, però no la forma”

Els informants entrevistats coincideixen en afirmar que un dels processos més costosos de la implementació del programa ha estat formalitzar un itinerari d'accés al servei. La culminació d'aquest procés ha estat la seva inclusió en el manual de teleassistència que la DIBA ha publicat a la seva pàgina web. Els usuaris accedeixen als serveis socials de primària dels ens locals a través de la sol·licitud al treballador social, qui valora la prestació del servei en funció de l'estat d'aquella persona i del seu entorn. Si el treballador social creu que la persona compleix els requisits per ser beneficiària d'aquest servei, autoritza la sol·licitud i passa la demanda a una empresa externa. Aquesta empresa fa la valoració de la urgència de la instal·lació de la terminal. Un cop s'ha autoritzat la urgència per part del treballador social municipal, s'instal·la físicament l'aparell a la llar de l'usuari. Finalment, una professional de la mateixa empresa realitza una breu formació sobre les funcionalitats tècniques de la tecnologia del servei (terminal i penjoll).



La majoria de treballadors socials entrevistats coincideixen a afirmar que les diferències entre ajuntaments en l'itinerari d'accés al servei són degudes al *temps necessari* per a completar el circuit d'entrada. S'assegura que aquest circuit d'entrada és el mateix per tots els municipis però en 'funció de la realitat política municipal de cada ajuntament, la grandària, el perfil predominant de gent gran, els professionals tècnics de l'ajuntament, la capacitat de gestió, l'interès del cap del servei, aquest servei és més o menys àgil'.

A alguns ajuntaments, especialment aquells de les ciutats grans, les sol·licituds d'accés passen per una unitat de triatge prèvia a la valoració del treballador social de referència

“Alguns ajuntaments estan despersonalitzant a l'usuari amb unitats de triatge. Jo entenc que es faci per afrontar l'allau de sol·licituds però això no vol dir que es faci millor ”

El volum de gestió d'un ajuntament condiona la celeritat de l'accés al servei d'un usuari. Alguns ajuntaments, davant l'allau de sol·licituds de serveis personals, han optat per optimitzar les sol·licituds mitjançant 'unitats de triatge'. Aquestes unitats de triatge acullen els usuaris, en fan un diagnòstic i prioritzen aquelles sol·licituds que són més urgents i els treballadors socials haurien de revisar primer. En el cas del programa de teleassistència, una part dels entrevistats consideren que aquestes unitats no suposen necessàriament un millor accés al servei perquè:

- les unitats de triatge són un node addicional entre l'entrega de la sol·licitud per part de l'usuari i la valoració final per part del treballador social i, per tant, poden incrementar el temps d'espera de l'usuari
- i, habitualment, els professionals que integren aquestes unitats tenen perfils administratius, la qual cosa en absència d'unes directrius clares de gestió i de criteris d'acceptació de les sol·licituds, incrementa el risc d'una denegació prematura de la sol·licitud.

Per contra, altres entrevistats proposen mantenir, en la mesura del possible, el tracte directe amb un treballador social durant tot el procés d'entrada al servei. 'En ajuntaments més petits, l'accés es gestiona de forma molt ràpida perquè el treballador social té una relació molt directa amb l'usuari i això fa que visqui el procés d'entrada com si fos propi', explica un entrevistat.



El manual que formalitza l'itinerari d'accés al servei sembla ser poc conegut pels treballadors socials de primera línia

“El manual de la DIBA que m'ensenyes no el coneixia. Nosaltres ens havíem fet el nostre”

Al realitzar les entrevistes amb treballadors socials, es va preguntar si coneixien l'existència del manual on podrien trobar clarament exposat l'itinerari d'accés al servei amb tasques que haurien d'assumir en aquest procés la DIBA, els ajuntaments i l'empresa adjudicatària del servei. Pocs han estat els treballadors socials que manifesten tenir el manual de la DIBA com a marc de referència per a la gestió de l'accés al servei. Segons els informants, el problema que ha tingut el manual és que ha estat un document tècnic que no ha tingut prou difusió. Asseguren que el fet que estigui penjat en una pàgina web no és garantia que sigui un instrument útil que es pugui consultar de manera habitual. En el transcurs de les entrevistes, es va mostrar el manual així com la formalització de l'itinerari d'entrada. Unànimement, tots els treballadors socials entrevistats asseguraren que el manual els seria molt útil i 'que el baixarien un cop finalitzada l'entrevista'. Així mateix, com a solució al respecte, per donar-ne més difusió, 'proposen organitzar un acte de difusió específic en el que s'entregui una còpia física als assistents'.

3.3.2 Els criteris de selecció dels usuaris

El disseny inicial del programa implica que sigui el treballador social de la xarxa primària de l'ens local qui faci una valoració de la idoneïtat de l'usuari per accedir al servei. Aquesta valoració a la pràctica s'ha acomplert, però ha implicat que la majoria de les sol·licituds d'accés al servei hagin estat positives

“En general, nosaltres com ajuntament no diem mai que no. Només si és un cas molt clar, els diem que s'esperin una mica fins que tinguin alguns dels criteris.”

El treballador social és una figura clau per tal de valorar la idoneïtat de la persona en l'assignació de serveis personals de suport a l'envelliment. Com la resta d'aquests serveis, el de teleassistència és una competència municipal. En termes pràctics, és el treballador social qui té la responsabilitat de gestionar la demanda de l'usuari així com fer-ne una valoració sobre quins serveis poden millorar la vida quotidiana de la persona gran. Els treballadors consultats coincideixen a afirmar que 'és molt difícil contradir aquest supòsit i la teleassistència rarament li anirà malament a un avi o àvia. Sempre li farà bé, encara que sigui una mica'. Aquest



imaginari, que la teleassistència sempre suposarà un benefici per a qualsevol usuari, fa que la majoria de valoracions a nivell local de les demandes que arriben a la xarxa social primària hagin estat favorablement resoltes. Només aquells casos que s'allunyen radicalment del perfil de persona d'edat avançada es respon que 'quan arribi el moment els hi podran instal·lar [la teleassistència] però abans hi ha persones que ho necessiten més'. Per aquests casos en concret, el treballador social es posa a disposició de l'usuari per a fer-ne un seguiment del seu cas: 'quan l'usuari tingui algun problema de salut o visqui sol/a, estarem aquí per tramitar-li tot'.

El caràcter no vinculant dels criteris de selecció reforça la centralitat del treballador local com a únic referent per valorar l'accés de l'usuari al programa de teleassistència.

“Hem de tenir en compte que qui prescriu és el treballador social de l'ajuntament i això és la regla d'or.”

La majoria de persones entrevistades aprecien que la decisió final de quins usuaris poden disposar del servei de teleassistència és del treballador social de l'ajuntament. Pocs treballadors coneixen l'existència d'uns criteris d'accés generals. Els que ho fan, saben que aquests criteris es van establir per intentar homogeneïtzar el perfil d'usuari, però respectant l'avaluació de l'usuari com a competència pròpia dels ajuntaments. Quan es va configurar el programa de la DIBA, es va pensar que era adequat donar unes certes pautes per mantenir una certa homogeneïtzació de la població que accedia al servei. Però aquests criteris no s'han convertit en una normativa. A la pràctica són línies generals que guien els professionals, amb una interpretació flexible i heterogènia en els diferents municipis: 'el que la DIBA diu als professionals [treballadors socials] és que si aquesta persona té més de 80 anys... si té 79 i està fotuda no t'ho agafis literalment. Si està a la dècada dels 80, té pluripatologia, problemes de cor i alguna caiguda amb diabetis, té un suport familiar insuficient... Aquests són els perfils diana. A partir d'aquí, el professional, davant de la persona, és qui s'ha de pronunciar si aquesta sí i aquesta no. La DIBA no entra a aquest nivell'.

Com a solució a aquesta problemàtica, varis entrevistats suggereixen que caldria dotar a aquests criteris de prioritització d'un caràcter normatiu i vinculant per als ajuntaments. Tot i això, asseguren que el nivell administratiu per a fer-ho no hauria de ser la DIBA sinó que caldria un reglament autonòmic al respecte en el marc, per exemple, de la llei de serveis socials.



En resum, la manca de criteris clars i amb caràcter normatiu que regulin l'accés al servei de teleassistència ha incrementat el nombre de respostes positives a les sol·licituds dels usuaris. Tots els treballadors socials entrevistats coincideixen en afirmar que 'de negatives d'accés al servei quasi no n'hi ha'.

Els criteris del manual de teleassistència s'apliquen a nivell local com a forma de gestionar la llista d'espera dels usuaris, més que no pas com un instrument per administrar l'accés

“No es diu que no, només generem un temps d'espera per aquells usuaris menys urgents”

La pràctica totalitat dels entrevistats (tret dels usuaris i familiars) coincideixen a etiquetar els criteris de prioritització del manual de teleassistència com a un instrument que ajuda a prioritzar els casos d'instal·lació que són més 'urgents'. Aquells treballadors socials que coneixen els criteris del manual els valoren molt positivament: els facilita la gestió diària del programa en quant els permet ordenar les noves sol·licituds davant les que ja es troben en llista d'espera. S'assegura que la urgència de la instal·lació del servei 'no es determina pel primer que arriba a demanar-ho, sinó pel que creiem que té més risc'. Aquell que té menys risc, el que aconsegueix menys criteris, ha d'esperar més per a la instal·lació de la terminal.

Tot i això, aquesta prioritització de casos segons la urgència no s'ha fet d'igual manera en tots els municipis. Mentre que alguns ajuntaments han elaborat sistemes de puntuació més o menys complexos, altres ho han fet de manera més informal i han relegat aquesta ordenació al judici professional del treballador social. Es considera adequat que la DIBA tingui un rol poc normatiu al respecte, que més aviat es dediqui a recomanar la selecció d'aquells usuaris del servei que més ho necessiten: 'els criteris del manual són recomanacions que es fan i [la DIBA] no pot portar el control dels 60.000 usuaris. En aquest sentit, no pot saber si els ajuntaments segueixen o no els diferents graus proposats d'instal·lació però és un tema a nivell de recomanació'.

En general, es considera que el grau d'aplicació pràctica d'aquests criteris de prioritització per a la instal·lació de la terminal és bastant alt. 'A nivell dels ajuntaments està molt clar el tema d'urgència i quin tipus d'instal·lació s'ha d'aplicar'. Els treballadors socials entrevistats expliquen que els terminis d'instal·lació es solen respectar. Tot i això, hi ha



hagut casos puntuals de saturació del servei en quant al nombre d'aparells que calia instal·lar, fet que 'ha pogut incrementar el temps d'alta per aquells usuaris amb una urgència normalitzada i preventiva'.

Els treballadors socials entrevistats viuen la llei de dependència i l'establiment d'una taxa de cobertura municipal màxima per tots els municipis de la DIBA com a dos factors que dificulten la gestió de les noves sol·licituds al servei

“Enguany veig que com a treballador social tinc menys marge de decisió. És contradictori perquè tenim un nombre limitat d'altres però cada vegada venen més usuaris amb la dependència reconeguda”

La majoria dels treballadors socials entrevistats coincideixen a afirmar que aquest any 2011 han vist minvada la seva autonomia i capacitat de decisió pel que fa a la prioritització de les noves sol·licituds del servei. Per una banda, la llei de dependència fa que de manera creixent les noves sol·licituds corresponguin a usuaris ja valorats i amb un grau de dependència reconegut legalment. Per altra banda, l'establiment d'un nombre màxim d'altres pel 2011 fa que a la pràctica els criteris de prioritització del manual de la DIBA s'hagin d'aplicar de manera taxativa. Aquestes 'dues forces' majors ubiquen al treballador social en una paradoxa: mentre arriben usuaris als que potencialment no se'ls hi pot denegar ni fer-los esperar, es limita el nombre de terminals disponibles per a fer-hi front. Aquesta contradicció 'és general a tots els municipis però tindrà diferents intensitats segons la taxa de cobertura del servei'.

La llei de dependència disminueix el grau d'autonomia del treballador local, a més d'identificar-se com a un risc potencial per a la vessant més preventiva de la teleassistència

“La llei de dependència ho ha canviat una mica tot. Amb una dependència reconeguda no els podem fer esperar.”

La totalitat dels treballadors socials entrevistats consideren que la llei de dependència està canviant l'escenari de la prioritització de noves sol·licituds. Tot i que la teleassistència disposi d'un circuit formal d'accés a nivell municipal, els treballadors socials veuen que de forma creixent estan rebent noves sol·licituds d'usuaris en dues situacions jurídiques diferents. Per una banda, les sol·licituds d'alta d'usuaris amb una dependència reconeguda. Per altra banda, usuaris que volen accedir al servei però estan en espera de valoració o no la tenen reconeguda.



Aquells usuaris amb una dependència reconeguda arriben al treballador social de l'ajuntament amb una valoració diagnòstica feta pel Departament de Benestar Social i Família. La persona gran o la família tenen dret a demanar la teleassistència com a un dels serveis que s'ofereix conjuntament amb l'atenció domiciliària. En aquests casos, els treballadors socials dels ens locals entrevistats argumenten que per norma general 'acceptem la valoració que dependència que es fa i oferim la teleassistència conjuntament amb serveis d'atenció domiciliària perquè els casos que ens arriben estan bastant fotudets'. És a dir, pels casos de dependència el treballador social poques vegades revisa la valoració diagnòstica amb la que arriba la persona gran amb dependència reconeguda. En la gestió diària del programa, s'han trobat tres raons que explicarien aquesta tendència:

- Primer, en l'actual context de saturació estructural dels serveis socials municipals, el fet de tenir una valoració ja feta els suposa un estalvi de feina.
- Segon, perquè l'assignació de la teleassistència no es valora com a servei únic sinó que, per defecte, es fa com a complement d'altres serveis com a ajuda a domicili o auxiliar de la llar.
- Tercer, perquè els ajuntaments tenen un grau de saturació major d'altres serveis d'atenció a domicili comparats amb la teleassistència. La teleassistència, aleshores, esdevé una forma de donar resposta 'automàtica' a una demanda de cura a la llar: 'la teleassistència és un recurs fàcil, que funciona i menys saturat que el d'auxiliar de la llar o la treballadora familiar'. A la pràctica, la teleassistència esdevé un recurs que permet 'descarregar hores d'altres recursos presencials a la llar de la persona gran'.

Pels usuaris sense una dependència reconeguda, el professional dels serveis socials té un rol més actiu i n'ha de fer un estudi més exhaustiu. La valoració prèvia a l'assignació de la urgència del servei vindrà determinada per una valoració del risc de la persona gran: per una banda, el seu grau d'autonomia i estat de salut en general; per altra banda, el grau de suport social. Llavors, 'imaginem una persona que tingui una dependència baixa però no tingui suport social al voltant. Imaginem un tema rural, un aïllament rural, d'una persona que si que surt, es cuina ella, es renta la roba... però està en un entorn que no té ningú. Aleshores, aquesta persona podria anar perfectament a la teleassistència perquè si té més de 80 anys i cau tindrà problemes'. En la presentació d'aquest cas



durant l'entrevista, tots els treballadors socials afirmaren que per aquest usuari s'estaria fent un ús preventiu de la teleassistència.

En resum, pels treballadors socials dels ajuntaments el desplegament de la llei de dependència suposa una amenaça directa per la vessant més preventiva de la teleassistència. Els casos de dependència que arriben als ajuntaments 'són els que estan més fotuts perquè són els que primers reconeixen [des del departament de Benestar i Família] ja que són els que abans necessiten d'una intervenció'. Aquests casos són els que tenen un reconeixement oficial de la seva valoració, la qual dóna dret a la família o la persona gran a rebre una sèrie de serveis de manera immediata. La teleassistència en aquest context no s'atorga com a servei únic sinó com a complement i reforç d'altres serveis presencials a la llar de la persona gran: 'Potser la teleassistència s'estava donant a persones amb un quadre més ampli... la persona gran encara té autonomia però està una mica sola, no té família. Ara aquest perfil està quedant una mica supeditat'.

L'establiment d'un nombre màxim d'usuaris que poden accedir al servei durant l'any 2011 d'acord a la taxa de cobertura municipal ha implicat que, segons els treballadors socials consultats, s'apliquin de forma taxativa els criteris de prioritització d'usuaris del manual de teleassistència

“Hi ha municipis que han agafat la limitació d'altres per any tal com que ‘menors de 80’ anys no poden accedir”

Tots els treballadors socials entrevistats coincideixen a afirmar que l'establiment d'un límit d'altres anuals segons la taxa de cobertura municipal del servei, ha contribuït a aplicar de manera més taxativa els criteris d'accés al servei de teleassistència. De cara a l'usuari, no es denega mai l'entrada però s'activen alguns processos informals defensius per evitar que una persona que no compleixi els requisits del manual disposi del servei:

- Es comunica a l'usuari que la seva sol·licitud ha estat acceptada però que es troba en llista d'espera. 'El que més greu em sap a vegades, és que no els podem dir quant estaran esperant fins que els hi instal·lem la terminal després que hi hagi hagut una baixa d'algun usuari del servei', afirma un treballador social.
- S'informa a l'usuari que existeixen alguns proveïdors privats que li podran oferir un servei de teleassistència anàleg al municipal. 'Jo quan veig que la persona gran



ve amb el seu fill o filla, els hi ofereixo directament un [proveïdor privat] ja que normalment els hi acaben pagant els fills', explica un altre treballador social.

- En alguns ajuntaments, on el servei de teleassistència es dona per defecte amb serveis d'atenció domiciliària es tenen en compte els ingressos de la persona per oferir-li o no un proveïdor privat. 'Si veig que tenen una contributiva de 900 euros, els hi dic que si volen poden tenir teleassistència demà mateix amb [proveïdor privat] fins que els hi arribi el torn aquí a l'ajuntament', aporta un treballador social.

A més a més, els treballadors socials entrevistats consideren que l'establiment d'un límit de terminals anuals fa perillar tota la vessant preventiva de la teleassistència: per una banda, incrementa el risc de deixar fora perfils d'usuaris autònoms sobre els que es podria treballar preventivament; per altra banda, fa esperar un temps massa llarg a aquells que tenen una relativa autonomia i que es podrien beneficiar del programa. Una coordinadora de zona feia la següent observació: 'moltes persones que estan en la llista d'espera haurien de tenir la TA, i ja no perquè siguin persones grans, sinó perquè no tenen recolzament. Fa dues setmanes em vaig reunir amb la treballadora social de l'ajuntament i em va donar 16 persones per fer noves altes perquè hi ha baixes. Aquesta selecció es va fer a partir d'aquí, persones amb situació precària a nivell de salut [insisteix] i molt precària ! ... fem les altes'. És a dir, els municipis només són capaços de generar altes d'usuaris que es troben en una situació molt precària de salut i que faran un ús preventiu del servei.

3.3.3 L'oferta de terminals de Teleassistència

L'oferta de terminals de teleassistència no es fa de forma global, sinó que segueix una lògica diferent en cada municipi, segons hagin superat o no una taxa de cobertura establerta de manera general per la Generalitat

“Aquesta lògica tant municipal fa que no hi hagi comunicació entre municipis. Si un municipi petit del cantó té encara terminals i jo tinc llista d'espera, perquè no les puc fer servir?”

El servei de teleassistència ha tingut en cinc anys un creixement que ha superat les previsions fetes inicialment l'any 2005. 'Ha estat un servei tan ben acollit, tan ben valorat que encara des del punt de vista general no tenim clar quan s'estabilitzarà', aporta un gestor del programa. En un context on l'IMERSO ha reduït significativament la seva aportació en el finançament del servei, calia un instrument per estabilitzar-



ne el creixement. Aquest instrument ha estat establir que els municipis només podran seguir creixent fins que arribin a una taxa de cobertura del servei de la població major de 65 anys del municipi¹³ del 12,34 %, la qual es fixa a en el pla estratègic de serveis socials 2010-2013. A partir d'aquesta taxa, els municipis que no la superen poden seguir donant altes fins a arribar-hi. Els municipis que es troben per sobre d'aquesta taxa només podran donar altes en el servei quan es generi alguna baixa d'algun usuari en el seu municipi (per èxitus de l'usuari, canvi de domicili...). D'aquesta manera, en els darrers anys, des de la direcció del servei s'està confluint cap a una cobertura del 12 %, en el sentit que els ajuntaments que han crescut més ara 'han d'anar una mica suavitzant l'increment i els que estan per sota els hi donem marge perquè puguin anar creixent'.

Els treballadors socials consultats viuen aquesta taxa de cobertura com un 'problema que abans no tenien'. Consideren que el procés d'assignació de noves sol·licituds depèn de la inèrcia municipal i no respon a una visió holística i planificada de la demanda real de la població més necessitada. 'No és que ens diguin que no, però el que si passa és que uns tenim llista d'espera d'usuaris que ho necessiten mentre que hi ha pobles que tenen terminals disponibles esperant que les vinguin a fer servir', aporta un treballador social. Com a solució a aquesta problemàtica, proposen que diferents municipis puguin 'interrelacionar-se i parlar' per tal que terminals que esperen ésser instal·lades en un municipi les puguin fer servir usuaris que les necessiten en un altre municipi. Mentre que veuen la bona intenció de la DIBA d'afavorir l'equitat entre municipis 'a l'establir el mateix raser per a tothom', els treballadors socials consultats creuen que aquesta mesura pot perjudicar a aquells usuaris que actualment es troben en llista d'espera: 'si el poble del cantó encara té marge, podem evitar que algú esperi més del compte'.

Crítica a la taxa de cobertura com a límit d'expansió del servei municipal

Una part important dels informants entrevistats critiquen de forma oberta la taxa de cobertura com a límit d'expansió municipal del servei. Consideren que resulta molt complex 'establir un nivell de cobertura objectiu: tanta gent, sumen tants... podríem fer però perquè el 13 i no el 15 %?'. Consideren que aquesta taxa va en funció del pressupost del que disposa el servei però no de les necessitats reals de la gent gran: 'és

¹³ La població total de 65 anys o més del municipi correspon a la darrera dada publicada al INE o l'IDESCAT per a l'any en curs.



agafar-te a alguna xifra per equilibrar una mica la cosa. Però en realitat hauria de ser que tothom que ho necessiti ho tingui i que no ho tingui qui no ho necessiti’.

“Els municipis que ho han fet bé perquè tenen una demanda real dels usuaris, ara resulta que estan per sobre la taxa, tenen una llista d’espera d’usuaris que queden descoberts i no poden donar-hi resposta fins que no tinguin una baixa”

Així mateix, alguns treballadors socials creuen que aquest lliandar de cobertura menysté la gestió que han fet de la teleassistència des de l’any 2005. Creuen que per fixar un grau de cobertura s’hauria d’avaluar cas per cas: ‘no només la situació de cada municipi és diferent, sinó que la gestió que es fa del programa també’. Per tant, pels municipis que han fet una ‘bona gestió del servei’ però estan per sobre la taxa de cobertura, aquesta taxa és viscuda com un càstig: ‘una alta per cada baixa. Aquesta és l’acció però vist fredament quasi has d’estar desitjant que un usuari es mori per poder fer-ne entrar un altre. Pot sonar a una mica de càstig’. Aquest mecanisme ‘de tabula rasa’ el qualifiquen com a injust. El fet de generar una baixa no depèn directament de la gestió de l’ajuntament, sinó de la dinàmica endògena dels usuaris del servei. Creuen que aquest sistema no ‘premia’ la bona gestió del servei: ‘aquells municipis que valoren el servei i hi creuen, que han anat a buscar els usuaris i han fet processos de captació activa, això no ho valorem’.

Alguns treballadors socials de municipis urbans consideren que la taxa de cobertura crea un greuge comparatiu entre els municipis metropolitans i municipis petits. Consideren que els municipis menys poblats són els que estan per sota la taxa de cobertura i per tant poden créixer més. Per contra, els municipis amb més població són els que han de contenir les demandes en una llista d’espera. S’argumenta que en els pobles petits ‘no hi tanta cultura de demanda del servei: ‘la xarxa veïnal en els pobles és més intensa que en les ciutats’. Això fa que costi que la demanda per part del propi usuari emergeixi. La xarxa informal influeix en el fet de demanar més o menys teleassistència en l’àmbit rural. Aleshores, un treballador social pregunta: ‘perquè no es poden traslladar aquestes terminals rurals a la ciutat sempre que aquests pobles no les necessitin?’



Fixar el límit d'altres municipals per a municipis per sobre la taxa de cobertura: un procés polític més que no pas tècnic

“No tinc molt clar com s’obté aquest límit de places. A mi la meva cap de serveis socials em diu tens 18 places per aquest any i a partir d’aquí prioritzo”

Els treballadors socials de primera línia entrevistats han coincidit a afirmar que desconeixen el procés pel qual s’estableix el límit de terminals anuals per aquells municipis per sobre de la taxa de cobertura. ‘Ha de ser un procés de negociació política entre la meva cap i la DIBA. Ara no fa gaire vaig arribar un matí i la meva cap em va informar de les terminals que teníem per la resta de l’any’. En aquest sentit, creuen que aquest procés de negociació bilateral de les terminals hauria de seguir criteris tècnics i defensen que siguin ‘els treballadors socials de primera línia que hauríem de dir quantes terminals necessitem per la resta de l’any més que no pas que ens vingui imposat un número que d’entrada sabem que generarà llistes d’espera’.

Per a alguns professionals de primera línia, el co-pagament del servei podria esdevenir un mecanisme molt útil per reduir les llistes d’espera

“Fer pagar una mica als que ja tenen el dispositiu permetria accelerar l’entrada al servei dels que ara estan esperant”

Alguns professionals entrevistats perceben que el sistema de ‘donar altres quan hi ha baixes’ perjudica els usuaris que estan en llista d’espera. Consideren que el fet de que es produeixi una baixa resta fora del seu control ja que ‘les baixes depenen directament del deteriorament de la persona gran’. Per tant, creuen que l’única manera d’actuar sobre les llistes d’espera d’alguns municipis és generar noves altes redistribuint els recursos i ‘fent pagar una petita part a l’usuari que ja té teleassistència’. Creuen que actualment s’està produint un greuge comparatiu entre aquells que es troben a dintre del programa amb teleassistència i aquells que esperen per entrar. En certa manera, ‘caldria repartir una mica entre els que estan a dintre i fora per tal que els estan fora poguessin disposar quan abans millor del dispositiu’. Un treballador social arriba a afirmar que el co-pagament podria mantenir aquells usuaris més febles econòmicament: ‘s’hauria de sufragar el cost de la connexió telefònica ja que per algunes usuàries amb pensions de viduitat ridícules, 50 euros al més són molts diners. Pocs casos, però alguna ha dit que no volia la terminal perquè no podia pagar el telèfon’.



A més, la majoria dels entrevistats d'aquells municipis on ja hi ha co-pagament:

- Consideren que el cost que es paga actualment és massa baix. 'Per 3,3 euros al més que paga l'usuari no calia que fessin res perquè el cost administratiu que comporta no compensa', aporta un treballador social.
- Creuen que gran part dels usuaris podrien pagar fins a un màxim de 15 euros al més pel servei. 'Tret de les pensions més baixes, la majoria dels usuaris tenen pensions amb les que poden pagar entre 10 i 15 euros al mes', explica una coordinadora de zona.
- Pensen que el co-pagament ajuda a l'usuari a valorar un servei públic. Per exemple, 'els usuaris solen retornar abans els aparells en els municipis on hi ha co-pagament del servei', aporta un entrevistat.
- Introduirien el criteri de renda com un aspecte més a tenir en compte per donar d'alta a un usuari en el sistema públic o dirigir-lo cap a un proveïdor privat. 'En el Servei d'Atenció Domiciliària ho fem així i delimita les persones que s'ho poden pagar per proveïdors privats. Es podrien fer trams econòmics com es fa en el SAD', apunta un treballador social. No es considera just que no es tinguin en conte els ingressos de les persones grans dels municipis i arreu s'instal·lin de manera universal les terminals.

3.3.4 Els usuaris actuals del programa de teleassistència

Un aspecte important en qualsevol implementació d'un programa és la caracterització dels usuaris que actualment en formen part. En el cas de del programa de teleassistència, el terme 'usuari' s'ha relacionat amb tres perfils determinats: els usuaris ideals que utilitzen el servei, els usuaris que tenen el servei però no en treuen tot el profit i, finalment, els usuaris que haurien de tenir el servei però no el tenen. En el primer cas estaríem parlant dels usuaris que tenen un encaix ple amb la població objectiu del servei i per tant s'ha fet una bona assignació del recurs. En el segon dels casos, els informants entendrien que hi haguéssim una mala assignació del recurs ja que alguns usuaris tenen el servei però no en traurien el màxim profit; i, finalment, el tercer perfil mostra aquells d'usuaris pels que la teleassistència seria una necessitat imminent però encara no se'ls hi ha assignat una terminal.



3.3.4.1 Els usuaris 'ideals' de la teleassistència

Blanca¹⁴, 78 anys

La Blanca és una senyora que va enviudar fa tres anys, moment en que la treballadora social de l'ajuntament va decidir que hauria de tenir un servei de teleassistència. La Blanca no té fills ni cap familiar directe, però ella no vol marxar de casa per tenir companyia. La varem entrevistar a serveis socials de l'ajuntament, 'ja que per ella suposava una passejada' pel poble venir a fer l'entrevista. Durant l'entrevista, ens informa que té alguns problemes de salut com diabetis i hipertensió però que 'de moment dóna gràcies que encara pot sortir de casa i anar fent'. Té molta por a caure. Sap 'que si ca[u] això s'ha acabat'. Amb la terminal a casa, 'dorm molt més tranquil·la perquè sap que si té qualsevol problema la podran venir a ajudar de seguida'.

Els informants entrevistats han coincidit a afirmar que l'usuari ideal de la teleassistència és una persona gran de més de 80 anys, que viu sola però que la seva salut és encara prou bona com per valdre's per si mateixa. En aquest sentit, s'emfasitza la vessant més preventiva del servei: aquells usuaris pels que la teleassistència suposa un nexa d'unió amb un professional, qui esdevé el referent de l'usuari en cas d'una emergència quotidiana. Així mateix, aquest professional realitza un seguiment de l'usuari en àmbits tant diversos com acompanyament emocional, agendes personals (visites als metges, per exemple) o sol·licitud d'informació. L'usuari obté a canvi un 'sentiment de seguretat psicològica': 'des que tinc la TA vaig a dormir molt més tranquil·la perquè se que no estic sola i si pitjo el botó ràpidament m'atenen'.

3.3.4.2 Els usuaris que tenen el servei i no en treuen el màxim profit

Lola, 83 anys

La Lola viu en un mas a les rodalies d'un poble petit de Catalunya. Quan tenia 79 anys la seva filla va sol·licitar la teleassistència i, al viure sola perquè va enviudar fa ja 20 anys, el seu accés va ser immediat. La Lola té tres filles però dues viuen a la gran ciutat, mentre que la tercera està a uns 10 minuts de cotxe de casa seva. La filla que viu a prop seu la va a veure amb assiduitat: unes hores al matí i unes hores a la tarda fins que la Lola marxa a dormir. Quan li van instal·lar la terminal, l'estat de salut de la Lola era prou bo: 'cada dia segava les males herbes del jardí i estenia la roba com havia fet sempre'. Amb la teleassistència se 'sentia acompanyada. Les seves filles tenien la seva vida i no volia que estiguessin sempre per casa'. Tanmateix, dos anys després de tenir la terminal a casa, la Lola va caure accidentalment a la dutxa amb tanta mala sort que es va trencar el fèmur. La seva recuperació no va ser fàcil i la seva mobilitat es va reduir

¹⁴ Els casos descrits corresponen a usuaris reals, però els noms són ficticis per raons de confidencialitat.



fins a restar convalescent al llit la major part del dia. Per tal d'afrontar aquesta nova situació, una de les filles de la Lola s'ha traslladat a viure amb ella. A més, han contractat una noia de Colòmbia en règim d'interinatge per tal que els ajudi amb la neteja de la casa, la cuina i la cura personal de la Lola. En aquest nou escenari, 'la meva mare ja no necessita tant [la teleassistència] perquè està sempre acompanyada', afirma una de les seves filles.

La majoria dels informants han coincidit a afirmar que la limitació de terminals durant el darrer any ha fet més necessari identificar els perfils d'usuaris que actualment disposen del servei de teleassistència però que no en treuen tot el profit que en podrien treure. Concretament, treballadors socials dels ajuntaments manifesten que caldria detectar aquests perfils fer-ne una revisió personalitzada i, si s'escau, generar una baixa amb la finalitat de poder reduir la llista d'espera. Els principals perfils detectats són per:

A) Motius de salut. Alguns informants han posat de manifest que el dispositiu de la teleassistència s'invalida si l'usuari no té unes condicions mínimes de salut com per activar el penjoll quan ho necessita. Els casos que més freqüentment s'han esmentat són canvis en l'estat de salut de l'usuari envers deterioraments cognitius com per exemple fases inicials d'Alzheimer o demències. En aquests casos, la salut de la persona gran en el moment de l'adjudicació de la terminal entrava dins dels criteris però el deteriorament cognitiu sobrevingut mena a un mal ús del servei. Aquest tipus de perfils es poden detectar:

- segons el col·lectiu de teleoperadores, un volum considerable dels usuaris és pluridemandant. Un volum de trucades recursives sense una finalitat concreta és indicatiu de que l'usuari veu minvades les capacitats cognitives per fer un ús idoni del servei;
- segons alguns treballadors socials, usuaris que durant un període llarg de temps, entre dos o tres mesos, no facin una trucada mereixen ser visitats per tal de comprovar que encara són capaços d'entendre la finalitat d'ús del dispositiu.

A més, alguns professionals entrevistats expliquen que un nombre prou considerable d'usuaris pateixen accidents o caigudes que redueixen de manera sobtada la mobilitat i autonomia de l'usuari. En aquests casos, l'usuari sol rebutjar deixar casa seva per anar a un centre de dia o residència. A més, si l'usuari té família, es sol reduir el



temps que l'usuari passa sol, ja sigui perquè algun familiar passa més estona amb ell/a, o bé perquè es contracta un/a cuidador/a de suport. 'Al dia no sabria dir-te quantes però almenys tres trucades de les que fem veiem que responen noies de Sud-Amèrica o de l'Europa de l'Est', aporta una teleoperadora de la central telefònica.

- B) Quan l'usuari torna a viure amb algú.** Treballadors socials s'han donat compte que alguns dels usuaris del servei deixen de viure sols perquè han hagut d'acollir un familiar de manera permanent. Divorcis dels fills, precarietat econòmica o la mort del cònjuge d'un/a germà/ana són tres de les causes més freqüents per les quals els usuaris del servei de teleassistència deixen de viure sols. En aquests casos es considera que la persona gran ja té una persona que 'pot trucar a una ambulància'. Davant aquesta situació alguns professionals creuen que s'està fent un mal ús del servei i que caldria 'reconvertir la situació i fer entendre que la persona gran ja no ho necessita. Que ja no té la necessitat perquè ja no està sola i es tracta de ser correctes en l'aplicació per evitar que un dia ens diguin que tenim 5 terminals de teleassistència i no en podem donar més. Podem deixar sense [teleassistència] a gent en una situació molt indefensa'.
- C) Quan hi hagut una mala assignació del servei.** Professionals entrevistats posen de manifest que en casos minoritaris l'assignació del servei es fa massa tard i l'usuari ja no se'n pot beneficiar quan li arriba. Alguns usuaris reben el dispositiu en una situació 'tan terminal, amb unes necessitats assistencials tan grans que l'usuari acaba essent *èxitus* immediatament després de donar-se d'alta del servei'. Es tracta de perfils socials pels quals la teleassistència no és suficient i no es pot assignar com a recurs únic. Són aquells casos d'usuaris que tenen teleassistència 'però veus que no es pot dutxar i que necessitarien una treballadora familiar que els hi fes les tasques més bàsiques d'atenció personal'.
- D) Mal ús reiterat del dispositiu.** Treballadors socials i coordinadors de zona detecten que hi ha usuaris que no fan un ús adequat del servei. La majoria de casos sobre els que alerten són usuaris que no porten el penjoll quan són a casa, se'l treuen per dormir o per dutxar-se o el porten per sortir al carrer. Si un usuari fa un mal ús del penjoll de manera reiterada, els treballadors socials consideren que es produeix *un patró de mal ús*. En aquests casos, consideren que un usuari està perjudicant un altre que es troba en llista d'espera i sí en podria fer un bon ús. Abans de forçar una baixa, fan una



tasca pedagògica de 'donar informació, assessorar i fer pensar que si no el fa servir li traurem. Que és una llàstima, però hi ha altres persones que el necessiten igual que aquest usuari'. Finalment, aquells usuaris 'que són joves i es troben massa bé' no veuen el perquè han de portar un penjoll: 'es pensen que el risc de caure no va amb ells'.

Antonio, 76 anys

La treballadora social d'un municipi m'explica que l'Antonio és un senyor que viu sol. El seu fill viu a 10 minuts de casa seva i el visita de tant en quant. Es passa gran part del dia sol, tot i que surt a comprar el pa o a fer un cafè a l'esplai a les tardes. L'Antonio és prou autònom i creu 'que encara és massa jove per portar el penjoll. Pensa que 'no li passarà res i no se'l posa'. La treballadora social m'explica que aquest és un problema que sovint tenen, que alguns usuaris que 'es troben bé no saben veure que una caiguda la poden tenir en qualsevol moment'.

3.3.4.3 Els usuaris que haurien de tenir el servei i no el tenen

Carmen, 73 anys

Una coordinadora de zona de Televida m'explica el cas de la Carmen qui ha enviadat fa un any. La Carmen té dos fills però ambdós viuen actualment a Alemanya. La Carmen és una persona que és prou autònoma i només es queixa de dolor d'artrosi lleu als genolls. En les tasques diàries de la llar encara és prou autosuficient i cada dia baixa a comprar el pa i el diari. Tanmateix, la Carmen està vivint el dol sola ja que no té cap familiar proper que li pugui recolzar emocionalment. 'Què fa la senyora quan la casa li cau a sobre?', exclama la professional de Televida.

Pràcticament tots els informants han estat capaços de descriure perfils d'usuaris que haurien de tenir el servei per la seva situació personal però actualment no disposen del servei de teleassistència. S'han identificat tres grans perfils al respecte:

- A) Persones grans que passen moltes hores soles a casa.** Alguns entrevistats argumenten que aquells municipis que tenen un nombre limitat de terminals a l'any poden deixar perfils de persones que passen un gran nombre d'hores soles a casa. S'argumenta que hi ha persones amb edat inferior a 80 anys que passen moltes hores soles a casa 'sense que ningú els hi vagi a fer una visita'. També es poden donar casos de persones que conviuen amb fills però estan gran part del dia soles a casa. 'Per exemple, fills que treballen i marxen a les 7 del matí i no tornen fins la nit.



Imagina quantes hores pot aquesta persona quedar desatesa'. Aquests usuaris solen ser persones entre 70 i 75 anys, amb una relativa autonomia, però mancades d'una xarxa familiar o social.

B) Persones grans que no han estat detectades pels serveis socials del municipi. La detecció de les persones grans en risc d'exclusió social es fa a partir del treballador social i va en funció de cada ajuntament. En aquest sentit, la majoria d'entrevistats reconeixen que l'activació dels serveis socials municipals per detectar necessitats de la població d'edat avançada és una qüestió bastant idiosincràtica. Existeix la concepció que la gran majoria d'usuaris del servei de teleassistència ho són perquè han arribat als serveis socials però que encara hi ha població major de 80 anys que necessita el servei però no s'ha detectat per part dels serveis socials municipals: 'per exemple, l'enquesta *Els Serveis Socials Més a Prop* es fa amb alguns ajuntaments i amb d'altres no. L'enquesta ens demostra que hi pot haver casos que no eren coneguts i detectats. Alguns ajuntaments igual tenen programes de detecció i aquí hi ha diferències i depèn de la configuració pròpia dels serveis socials de l'ajuntament'. Alguns treballadors socials argumenten que una bona forma d'incrementar la detecció de persones grans en risc social seria augmentar la coordinació amb els serveis de salut perquè 'la gent gran va als ambulatoris, i aquesta necessitat primer es detecta als centres de salut que normalment tenen programes de sensibilització'.

Un segon problema que els treballadors socials municipals manifesten tenir és detectar canvis sobtats en l'envelliment dels usuaris de la teleassistència. 'Els treballadors socials de l'ajuntament no tenim temps per fer visites a domicili per veure realment en quina situació es troben els usuaris', afirma una coordinadora de zona. Com a solució a aquest problema, els treballadors socials proposen aprofitar el seguiment que fan dels usuaris els coordinadors de zona de l'empresa proveïdora del servei. En concret, s'hauria d'incloure en els plec de contractació del servei determinats perfils per als quals fos obligatòria una entrevista personal a domicili. 'La idea seria que en determinats perfils -caldría veure quins perfils-, hi hagués una entrevista amb l'usuari un cop a l'any per detectar possibles situacions de risc', aporta un treballador social.

C) Usuaris que es troben en llista d'espera. La majoria dels entrevistats associen els usuaris que es troben en llista d'espera com usuaris que es troben fora del programa



però que l'haurien de tenir 'de forma immediata'. La percepció generalitzada és que el procés d'envelliment és fràgil i sotmès a canvis sobtats de salut. Per tant, 'l'evolució del deteriorament no és previsible i hi ha un risc que aquest deteriorament sigui tan ràpid que quan li arribi el moment de la instal·lació del dispositiu ja no li faci servei'. L'origen d'aquest problema el situen en la interpretació massa estricta dels criteris de prioritització de la urgència de la instal·lació per alguns ajuntaments que es troben per sobre del nivell de cobertura: 'un usuari té 79 anys i viu sol, amb una patologia greu no el podem donar d'alta immediatament com a usuari', posa com a exemple una coordinadora de zona.

Pedro, 76 anys

La treballadora social d'un ajuntament m'explica el cas d'en Pedro, que es troba actualment en llista d'espera. En Pedro és un usuari que viu sol. Va quedar vidu ara fa 10 anys. En Pedro té problemes d'artrosi als genolls i ha estat operat diverses vegades fins que li han pogut adaptar una pròtesi. En Pedro es pot desplaçar bé pel seu pis i fins i tot baixa a fer el tallat al bar de baix després de dinar. Això sí, amb ajut d'uns caminadors. En Pedro té molta por a caure, ja que explica que a vegades el genoll on té la pròtesi perd força i li falla. Per sort, el seu fill passa les tardes amb ell quan acaba la mitja jornada a un taller de cotxes proper on viu en Pedro.

3.3.5 La teleassistència i altres serveis d'atenció personal a la llar

Un servei compatible i complementari amb d'altres serveis personals d'atenció a la llar

“La teleassistència sol ser la primera porta als serveis socials de l'ajuntament. Ens ajuda a més a decidir quan una persona necessita altres serveis més presencials”

Gran part dels entrevistats han coincidit a afirmar que la teleassistència és perfectament compatible amb altres serveis presencials de suport a l'envelliment a la llar dels usuaris. La seva vessant preventiva, així com l'agilitat tècnica en la seva instal·lació, ajuda a la personalització del servei a la llar. Els entrevistats afirmen que a la pràctica:

- La teleassistència facilita la identificació del moment idoni d'entrada d'altres recursos presencials del Servei d'Atenció a Domicili.
- La capacitat de seguiment de l'usuari serveix al treballador social del municipi per ajustar la intensitat d'aquests serveis: 'des del servei de TA podem facilitar



aquesta atenció i decidir quin és el millor moment per incorporar una treballadora de la llar, passi a anar dos cops a la setmana, neteja a domicili o menjador a domicili’.

- En alguns casos, la teleassistència esdevé un recurs que permet donar cobertura a usuaris que d'altra manera no en tindrien: ‘en alguns ajuntaments van curts d'hores de serveis d'atenció a domicili i l'única cosa que els poden donar per saber d'aquesta persona és una teleassistència’. Per tant, la teleassistència permet obtenir informació d'un usuari en absència d'altres recursos més idonis.

A la pràctica, no hi ha un moment clar sobre quan la teleassistència hauria de sortir de la llar de la persona gran

“La teleassistència és un pont entre recursos i per tant ha de durar un temps limitat. No fins que l'usuari es mori, sinó molt abans. Si no sabem quan hem de treure la terminal, estem pervertint la vessant més preventiva del servei”

Durant les entrevistes es va preguntar sobre quin seria el moment idoni en el que la teleassistència hauria de sortir de la vida quotidiana de la persona gran. La majoria dels informants van respondre que la teleassistència surt de la vida de la llar d'un usuari quan aquest es dona de baixa per defunció o per canvi de domicili. Així, gran part dels usuaris creuen que actualment la teleassistència tal i com està prescrita és un recurs complementari a d'altres recursos. La teleassistència per si sola no és un recurs suficient en el cas d'una persona amb una dependència reconeguda. La percepció és que el nombre d'usuaris amb dependència anirà creixent i la teleassistència serà cada vegada més complementari a altres prestacions de la cartera de serveis socials municipals. Un treballador social defineix el caràcter complementari de la teleassistència: ‘la teleassistència complementa un altre recurs. La persona té una prestació important com atenció a domicili, llavors pot tenir també teleassistència. Posa que una persona pot ser que vagi a un centre de dia i tingui TA per les nits. La teleassistència sol complementar l'atenció d'un recurs presencial’.

Tanmateix, un grup reduït de professionals consideren que aquest paper complementari de la teleassistència hauria de ser mínim. Per tant, conceptualitzen la teleassistència com un pont entre recursos, des que la persona gran va a serveis socials fins que entren en joc altres serveis més presencials: ‘vostè encara no requereix de serveis assistencials més potents però comença a sentir-se insegura per les nits i li fa por estar sola, la família s' amoïna perquè veu que cada vegada li costa més deixar-la sola i aquí sí que la TA pot



jugar sola un paper d'acompanyament fins que tingui necessitat d'atenció presencial al seu domicili', aporta un treballador social.

A partir d'aquí, aquest grup reduït d'informants coincideixen a descriure algunes característiques del moment 'ideal' per fer sortir la teleassistència de la llar de la persona gran:

- Quan es detecti que la persona gran experimenta problemes en la neteja personal, el menjar... i requereix d'un cuidador que faci aquestes tasques per ella. 'Per exemple, quan una persona gran té una persona interina a casa seva'.
- Quan es detecti que la persona gran requereix de varis serveis presencials a la llar. 'Per exemple, si una persona gran disposa d'unes hores de treballadora familiar, auxiliar de la llar i va a un centre dia, poques hores passa sola. Llavors la teleassistència té poc sentit'.

En resum, segons alguns entrevistats caldria temptativament descriure les condicions en les que la teleassistència hauria de sortir de la llar d'un usuari per tal de no perdre la vessant més preventiva del servei. Les baixes no poden ser únicament resultat d'un canvi de domicili o d'una defunció de l'usuari. Alguns professionals apunten que aquest aspecte ajudaria a definir un itinerari ideal en l'ús del servei, podent intervenir de manera més directa sobre el procés fins ara 'natural' pel que es produeixen les baixes dels usuaris.

3.3.6 La provisió externalitzada del servei

La majoria dels entrevistats troben molt adequat el model externalitzat de gestió i provisió del servei de teleassistència. Treballadors socials, gestors i usuaris del programa consideren que el model de gestió i provisió del servei és un dels puntals pels quals el 'programa ha pogut tenir un creixement exponencial en aquests darrers cinc anys'. L'adaptabilitat de l'usuari a la tecnologia, uns bons professionals i uns sistemes d'informació dinàmics són tres dels aspectes positius que s'atribueixen a aquest model de gestió.

A) Adaptabilitat de l'usuari a la tecnologia. Usuaris, cuidadors i treballadors socials descriuen el procés d'adaptació a la tecnologia com un procés afable i immediat. Un cop s'instal·la la terminal a la llar de la persona gran el coordinador



de zona fa una sessió inicial de formació sobre els usos de la terminal i el penjoll. Així mateix adverteix sobre els límits de la tecnologia: no sortir amb el penjoll fora de casa, evitar treure's el penjoll a la dutxa i per anar a dormir. Les entrevistes amb els usuaris posen de manifest que l'aprenentatge és immediat, els dispositius són fiables i tenen poques avaries.

La introducció de les darreres innovacions tecnològiques

Actualment, la teleassistència serveix dispositius tecnològics de primera generació basats en una tecnologia vinculada a la telefonia fixa. 'No es pot parlar de la universalització de la tecnologia de segona generació', afirma un gestor del programa. Actualment, s'estan portant a terme pilots amb tecnologia de segona generació com sensors de fum, tecnologia adaptada per a gent sorda o videoassistència.

Tanmateix, alguns treballadors socials creuen que l'evolució tecnològica ha de ser progressiva i lenta: 'la solució tècnica existeix però en la implementació de la tecnologia s'ha d'anar més a poc a poc i evitar que en certs perfils d'usuaris es generi un rebuig. La gent mentre que sigui pràctic i senzill perquè són persones amb capacitat de decisió sobre les seves vides i si atabales massa és massa intrusió'.

B) Els professionals de Televida. La pràctica totalitat dels informants entrevistats tenen una bona imatge dels professionals de Televida: coordinadors de zona, unitats mòbils i teleoperadores. Usuaris i cuidadors descriuen a teleoperadores i coordinadors de zona com a professionals 'seriosos, amables, responsables i atens'. Treballadors socials dels ens locals els descriuen com a professionals 'eficaços, com un ajut molt important en el seguiment dels usuaris, amb qui et pots coordinar molt fàcilment i que tenen el mateix horitzó en quant a la finalitat del servei'.

La formació de personal de Televida

En algunes de les entrevistes amb professionals de Televida s'ha detectat que la formació inicial que es fa a teleoperadores i coordinadors de zona és insuficient per afrontar algunes problemàtiques que s'han trobat en la seva pràctica quotidiana. En concret, alguns professionals consideren que els beneficiaria poder realitzar programes de formació contínua que es centressin en aspectes generals de gerontologia com: primeres auxilis aplicats a la tercera edat, introducció a les patologies i la medicació més freqüent en edats avançades, l'atenció psicològica aplicada al pacient gerontològic i, finalment, la mediació en conflictes familiars entre pares i fills.



C) Els sistemes d'informació i avaluació del programa. Treballadors socials dels ajuntaments valoren molt positivament els sistemes de gestió i informació que l'empresa Televida posa a la seva disposició. Afirment que amb els informes que els facilita 'disposen d'informació actualitzada i útil per la seva pràctica professional'. A més de les memòries del seu municipi, els treballadors socials també valoren molt positivament la informació sobre els usuaris que el coordinador de zona realitza posteriorment a les seves visites a domicili. Consideren que altrament no podrien obtenir aquesta quantitat i qualitat d'informació.

Els sistemes d'informació i els *outcomes* del programa

Tots els treballadors socials entrevistats consideren que els sistemes d'informació del programa proporcionen informació útil per la gestió i monitorització dels usuaris de la teleassistència. Tanmateix, alguns treballadors socials consideren que aprofitant la intensitat i capacitat tècnica existent es podria recollir informació més sistematitzada sobre els *outcomes* del programa. Com a exemple, alguns treballadors socials consideren que els registres dels usuaris actuals del programa es podrien enriquir amb qüestionaris com els que s'empren en l'enquesta *Serveis Socials Més a Prop*. Treballadors socials de municipis que han participat en aquesta iniciativa consideren que els informes resultants donen una capacitat de diagnosi i seguiment major que els informes actuals de Televida. Aprofitant que els coordinadors de zona o teleoperadors estan en contacte molt freqüent amb els usuaris, l'esforç per a complimentar aquests formularis seria mínim. Per contra, s'incrementaria la qualitat de la informació amb la que es podria treballar a nivell municipal.

3.4 Els beneficis percebuts de la Teleassistència

Les entrevistes personals amb actors implicats en el programa de teleassistència ens han permès sistematitzar els diferents beneficis que s'atribueixen al servei. S'han distingit dos nivells, els beneficis individuals i els beneficis sistèmics. Per beneficis individuals, els informants entenen aquells aspectes que beneficien directament a l'usuari o al cuidador. Per beneficis sistèmics, s'han considerat aquells aspectes que suposen millores en l'ús dels diferents recursos sanitaris o sociosanitaris. A continuació, els resumim esquemàticament aportant cites literals associades que il·lustren el valor afegit de la teleassistència per a cuidadors, usuaris i pel sistema en general.



3.4.1 Els beneficis individuals

Taula 6: Els beneficis individuals de la Teleassistència

A qui beneficia?	Benefici	Cita literal
Usuari/cuidador	Fer un seguiment de la persona gran	'Som capaços de generar molta informació sobre el dia a dia de l'usuari perquè el truquem i l'anem a veure molt sovint' (Teleoperadora)
Usuari	Gestionar el sentiment de solitud	'Des de que tinc la TA vaig a dormir molt més tranquil·la perquè sé que no estic sola' (Usuari)
Usuari	Activar serveis comunitaris	'Amb aquest penjoll se que si caic algú em vindrà a recollir', usuari
Usuari	Informació i agenda personal	'La nostra feina és ajudar a l'usuari. Com es troba aquest matí? Li recordo que avui hem d'anar al metge' (Teleoperadora)
Cuidador	Generar espais 'respir' pel cuidador	'Amb la teleassistència marxo més tranquil·la a treballar perquè se que la meva mare toca un botó i li respondrà algú les 24 hores del dia i 7 dies a la setmana' (Cuidador)

3.4.2 Els beneficis sistèmics

Taula 7: Beneficis sistèmics de la teleassistència

Benefici	Cita literal
Estalvi per a l'administració en recursos socio-sanitaris intensius	'La teleassistència proporciona aquest plus de seguretat en el domicili que allarga allò que volem i és viure en el nostre entorn més proper. Ajuda a això amb un cost econòmic molt barat' (Treballador social)
Contenció d'assistència als serveis sanitaris	'A vegades hi ha avis que estan molt sols, hi ha moments que van al CAP i diuen: estic malalt. No és una patologia física ben bé i es solventa simplement amb una estona d'estar amb ells i recolzant, de fer una mica contenció emocional ... aquestes derivacions les traiem amb aquest servei. Es senten sols, truquen, parlen amb al teleoperadora i es troben millor i valora que no li fa falta altres serveis' (Coordinadora de zona)
Oferir cobertura a un gran nombre d'usuaris	'Pel sistema, que té una gran cobertura de persones i que pot oferir un servei relativament econòmic. Per l'administració té el valor de poder tenir moltes persones connectades i amb una atenció', (Treballador social)



Personalitzar l'atenció a les necessitats de l'usuari	'A més és un servei que empra la tecnologia i aquesta avança molt ràpidament, cada cop més es van incorporant nous aplicatius amb noves prestacions. Per tant, és un servei que és barat i evoluciona molt ràpidament per usuaris amb més específics – audició, aparells amb GPS, perifèrics ... Ara s'estan incorporant elements de telemedicina' (Gestor del programa)
Alleugerir la carrega de treball del treballador social de primària	'Nosaltres a primària no tenim temps de fer visites a domicili. Anem massa carregats. Sense els coordinadors de zona, no podríem tenir tanta informació de les llars dels nostres avis del municipi' treballador social
Millorar la qualitat de la informació sobre les persones grans d'un municipi	'Nosaltres movem molta informació dels usuaris. Aquest és precisament el canvi cap a la teleassistència i deixar endarrera la telealarma: la informació que tenim i la capacitat de detecció que tenim de canvis en l'estat de salut dels usuaris' (Coordinador de zona)



3.5 Síntesi final

La Teoria del programa

- En general, els informants entrevistats coneixen la teoria del programa de teleassistència. Han estat capaços d'identificar una lògica coherent i consecutiva entre els objectius del programa i les necessitats socials a les que s'espera donar resposta.
- Un primer objectiu estratègic del programa és millorar qualitativament el procés d'envelliment dels usuaris de teleassistència. Un segon objectiu, de caire més sistèmic i preventiu, és retardar l'ús de recursos intensius d'atenció personal per a persones grans com residències i/o centres de dia.
- El coneixement de la teoria del programa (objectius preventius i objectius de resposta) no és el mateix per tots els agents implicats en la implementació del programa de teleassistència. La vessant més preventiva del servei és compartida per gestors del programa i professionals de l'empresa prestadora del servei. Treballadors socials municipals i beneficiaris finals l'associen a la vessant més de resposta - per mobilitzar recurs comunitaris davant una situació emergència.

La implementació

Accés al programa

- L'accés al programa de teleassistència s'inicia a partir d'una consulta directa d'un familiar de l'usuari o el mateix usuari als serveis socials de l'ajuntament. En menor grau, l'usuari arriba per captació activa del treballador social de referència.
- El programa de teleassistència disposa d'un itinerari formalitzat d'accés al servei. Aquest itinerari s'acompleix en gran part dels municipis de la província de Barcelona.
- A alguns ajuntaments, especialment aquells de les ciutats grans, les sol·licituds d'accés passen per una unitat de triatge prèvia a la valoració del treballador social de referència. Una part dels entrevistats consideren que aquestes unitats no suposen necessàriament un millor accés al servei perquè incrementen el temps d'espera i les sol·licituds són preavaluades per personal administratiu.



- El manual de la DIBA que formalitza l'itinerari d'accés sembla ser poc conegut pels treballadors socials de primera línia.

Els criteris de selecció dels usuaris

- El disseny inicial del programa implica que sigui el treballador social de la xarxa primària de l'ens local qui faci una valoració de la idoneïtat de l'usuari per accedir al servei. Aquesta valoració s'acompleix a la pràctica, però ha implicat que la majoria de les sol·licituds d'accés al servei hagin estat positives.
- El caràcter no vinculant dels criteris de selecció reforça la centralitat del treballador local com a únic referent per valorar l'accés de l'usuari al programa de teleassistència.
- Els criteris del manual de teleassistència s'apliquen a nivell local com a forma de gestionar la llista d'espera dels usuaris, més que no pas com un instrument per administrar l'accés.
- Els treballadors socials entrevistats viuen la llei de dependència i l'establiment d'una taxa de cobertura municipal màxima per tots els municipis com a dos factors que dificulten la gestió de les noves sol·licituds d'accés al servei.
- La llei de dependència disminueix el grau d'autonomia del treballador local, a més d'identificar-se com a un risc potencial per la vessant més preventiva de la teleassistència.
- L'establiment d'un nombre màxim d'usuaris que poden accedir al servei durant l'any 2011 d'acord a la taxa de cobertura municipal ha implicat que, segons els treballadors socials consultats, s'apliquin de forma taxativa els criteris de prioritització d'usuaris del manual de teleassistència.

L'oferta de terminals de Teleassistència

- L'oferta de terminals de teleassistència a cada municipi es fixa en funció d'una taxa de cobertura establerta de manera general en el pla estratègic de serveis socials 2010-2013 de la Generalitat de Catalunya, i que és del 12,34 % de la població major de 65 anys.
- Els treballadors socials critiquen la taxa de cobertura com a límit d'expansió del servei municipal. Es considera que aquesta taxa va en funció del pressupost del que disposa el servei però no de les necessitats reals de la gent gran en els municipis. Fixar el



límit d'altres municipals per a municipis per sobre la taxa de cobertura és vist com un procés polític més que no pas tècnic.

- Per alguns professionals de primera línia, el co-pagament del servei podria esdevenir un mecanisme molt útil per reduir les llistes d'espera.

Els usuaris actuals del programa

- El terme 'usuari de la teleassistència' s'ha relacionat amb tres perfils d'usuaris determinats: els usuaris ideals que utilitzen el servei, els usuaris que tenen el servei però no en treuen tot el profit i, finalment, els usuaris que haurien de tenir el servei però no el tenen:
 - El perfil ideal: persona gran de més de 80 anys, que viu sola però que la seva salut és encara prou bona com per valdre's per si mateixa.
 - Els usuaris que tenen el servei i no en treuen tot el profit: usuaris amb alta dependència o amb un important deteriorament cognitiu, usuaris que tornen a viure amb algú, usuaris que han patit deterioraments importants de salut però no han estat detectats o un mal ús reiterat del dispositiu.
 - Usuaris que haurien de tenir el servei i no el tenen: persones grans no detectades pels serveis socials dels ajuntaments, persones que passen moltes hores soles a casa, i els usuaris que es troben en llista d'espera.

La teleassistència i altres serveis d'atenció personal a la llar

- La teleassistència a la pràctica és un servei compatible i complementari amb d'altres serveis presencials d'atenció a la llar. La teleassistència ajudaria a detectar el moment idoni d'entrada d'altres recursos presencials del SAD així com ajustar-ne la intensitat (per exemple, número d'hores d'auxiliar de la llar). Finalment, la teleassistència seria un recurs que permet donar cobertura a usuaris que no poden ser atesos pels recursos municipals del Servei d'Atenció Domiciliària.
- A la pràctica no hi ha un consens clar sobre quan la teleassistència hauria de sortir de la llar de la persona gran. Tanmateix, alguns treballadors socials creuen que la teleassistència hauria de ser un recurs pont entre que la persona gran arriba a serveis socials i fins que entren en joc serveis de cura més presencials.



La provisió externalitzada del servei

- La majoria dels entrevistats troben molt adequat el model externalitzat de gestió i provisió del servei de teleassistència. Treballadors socials, gestors i usuaris del programa consideren que el model de gestió i provisió del servei és un dels puntals pels quals el 'programa ha pogut tenir un creixement exponencial en aquests darrers cinc anys'. No obstant això, es recomana:
 - Introduir de forma gradual i lenta les innovacions tecnològiques de segona generació.
 - Habilitar programes de formació contínua per professionals de Televida en coneixements bàsics de gerontologia.
 - Enriquir l'actual sistema d'informació de gestió del programa amb informació més completa sobre l'estat de l'usuari prenent com exemple l'enquesta Serveis Socials Més a prop.

Els beneficis percebuts de la Teleassistència

Beneficis individuals	Beneficis sistèmics
<ul style="list-style-type: none">• Fer un seguiment de la persona gran• Gestionar el sentiment de soledat• Activar serveis comunitaris• Informació i agenda personal• Generar espais 'respir' pel cuidador	<ul style="list-style-type: none">• Estalvi per l'administració en recursos socio-sanitaris intensius• Contenció d'assistència als serveis sanitaris• Oferir cobertura a un gran nombre d'usuaris• Personalitzar l'atenció a les necessitats de l'usuari• Alleugerir la carrega de treball del treballador social de primària• Millorar la qualitat de la informació sobre les persones grans d'un municipi



4. Anàlisi quantitativa

4.1 Bases de dades i preguntes d'avaluació

El propòsit d'aquest capítol és analitzar, des d'una perspectiva quantitativa, diversos aspectes relacionats tant amb la implementació del SLTA com amb el seus impactes sobre l'ús posterior d'altres serveis socials. Per portar a terme l'anàlisi, tal com s'esquematitza al gràfic 4, s'han utilitzat diverses bases de dades interrelacionades entre sí que, al seu torn, ens han permès donar resposta a un ampli conjunt de preguntes d'avaluació.

La primera base de dades que hem fet servir té com a unitat d'anàlisi el municipi i conté informació provinent de dues fonts ben diferenciades: d'una banda, la nostra base de dades municipal s'alimenta d'algunes de les variables clau que sobre els municipis catalans publica regularment l'Idescat, especialment les de caràcter demogràfic (població total, composició etària, etc.); d'altra banda, a partir de la "base de dades d'usuaris del SLTA", les característiques de la qual es comenten més endavant, hem calculat per a cada municipi de la província de Barcelona i per a cadascun dels anys compresos entre 2005 i 2011, el número total de persones que s'han beneficiat del SLTA cofinançat per la DIBA¹⁵.

Aquesta nova base de dades, a la que ens referirem d'ara endavant com a **Base de dades de municipis** (BD-Mun, en endavant), ens ha permès donar resposta a dues preguntes d'avaluació força importants relacionades amb el procés d'implementació del SLTA. En primer lloc, donat que el contingut de la base permet calcular ratis de cobertura a nivell municipal, hem analitzat diversos aspectes relacionats amb aquesta variable (l'evolució temporal, els seus factors determinants, etc.). Així mateix, en disposar d'informació sobre quins són els municipis que apliquen copagaments als usuaris de la teleassistència i quins no, hem pogut analitzar si els primers difereixen dels segons en determinades variables sociodemogràfiques, mesurades a nivell municipal, sobre les que disposem d'informació.

¹⁵ El número total de municipis que participen en el SLTA cofinançat per la DIBA és de 301; tots els de la província de Barcelona, excepte Barcelona ciutat, que té un SLTA propi, i nou municipis petits sense SLTA: Castell de l'Areny, Gisclareny, Orpí, Pujalt, Quar, Sagàs, Sant Agustí de Lluçanès, Sant Jaume de Frontanyà i Sobremunt.



La segona base de dades que hem utilitzat l'hem anomenada **Base de dades d'usuaris del SLTA** (en endavant, BD-TA). Conté informació de caràcter individual sobre les prop de 86.000 persones que han estat beneficiàries de la teleassistència des de l'any 2005 fins a l'actualitat, així com el municipi de cadascuna d'elles (que ha estat la variable clau per connectar aquesta base de dades amb la de municipis, com ja s'ha comentat). Les variables de caràcter personal inclouen, entre d'altres, el règim de convivència, l'edat, el sexe i el grau d'autonomia, així com la data en que es va iniciar la recepció del servei i, si escau, la data en que va finalitzar. Amb tota aquesta informació, per tant, ens ha estat possible respondre dues qüestions relacionades amb la implementació del programa d'una importància notable. En primer lloc, hem pogut caracteritzar als usuaris dels SLTA i, el que és més important, analitzar si s'han produït al llarg dels anys canvis en el perfil dels nous entrants. Així mateix, en disposar de les dates d'inici i finalització del servei per a cada usuari, ens ha estat possible analitzar diverses qüestions relacionades amb els processos de permanència dins del programa¹⁶.

L'anomenada **Base de dades del programa "Més a prop"** (en endavant, BD-MaP) constitueix la tercera peça d'informació quantitativa que hem utilitzat en la nostra anàlisi del SLTA. Aquest altre programa de la DIBA, que no té res a veure amb el SLTA, ha consistit en la realització de tres onades d'enquestes (2007, 2008 i 2009) a diversos municipis de la província¹⁷ amb el propòsit d'identificar possibles necessitats no cobertes entre la població de més de 80 anys. La base de dades resultant té diverses característiques que la fan especialment interessant a l'hora d'avaluar el SLTA: 1) només s'enquesta aquelles persones de més de 80 anys que no han tingut cap contacte amb els serveis socials, 2) el percentatge de persones enquestades dins de cada municipi és molt alt (un 50%, en mitjana) i, per tant, el contingut de la base de dades s'assimila més a un registre administratiu que a una enquesta, amb totes els avantatges que això comporta en termes de fiabilitat dels resultats, i 3) el qüestionari és molt exhaustiu, ja que incorpora múltiples preguntes relacionades amb l'estat de salut, el grau de dependència, l'estatus socioeconòmic, el règim convivencial, etc. Així doncs, després de creuar mitjançant un identificador individual els registres d'aquest programa amb els de la base de dades d'usuaris del SLTA, hem pogut disposar d'una nova base de dades que ens indica quines de les persones de "Més a prop" (en endavant, MaP) s'acaben convertint posteriorment

¹⁶ Utilitzarem com a sinònims "el programa" i el SLTA d'ara endavant.

¹⁷ La relació completa de municipis participants es pot consultar a l'annex A.



en usuàries del SLTA. Una base de dades que ens ha permès, per tant, donar resposta a una pregunta d'avaluació d'una importància crucial: ¿quines característiques individuals (salut, dependència, règim convivencial, etc.) estan associades a la recepció del SLTA?

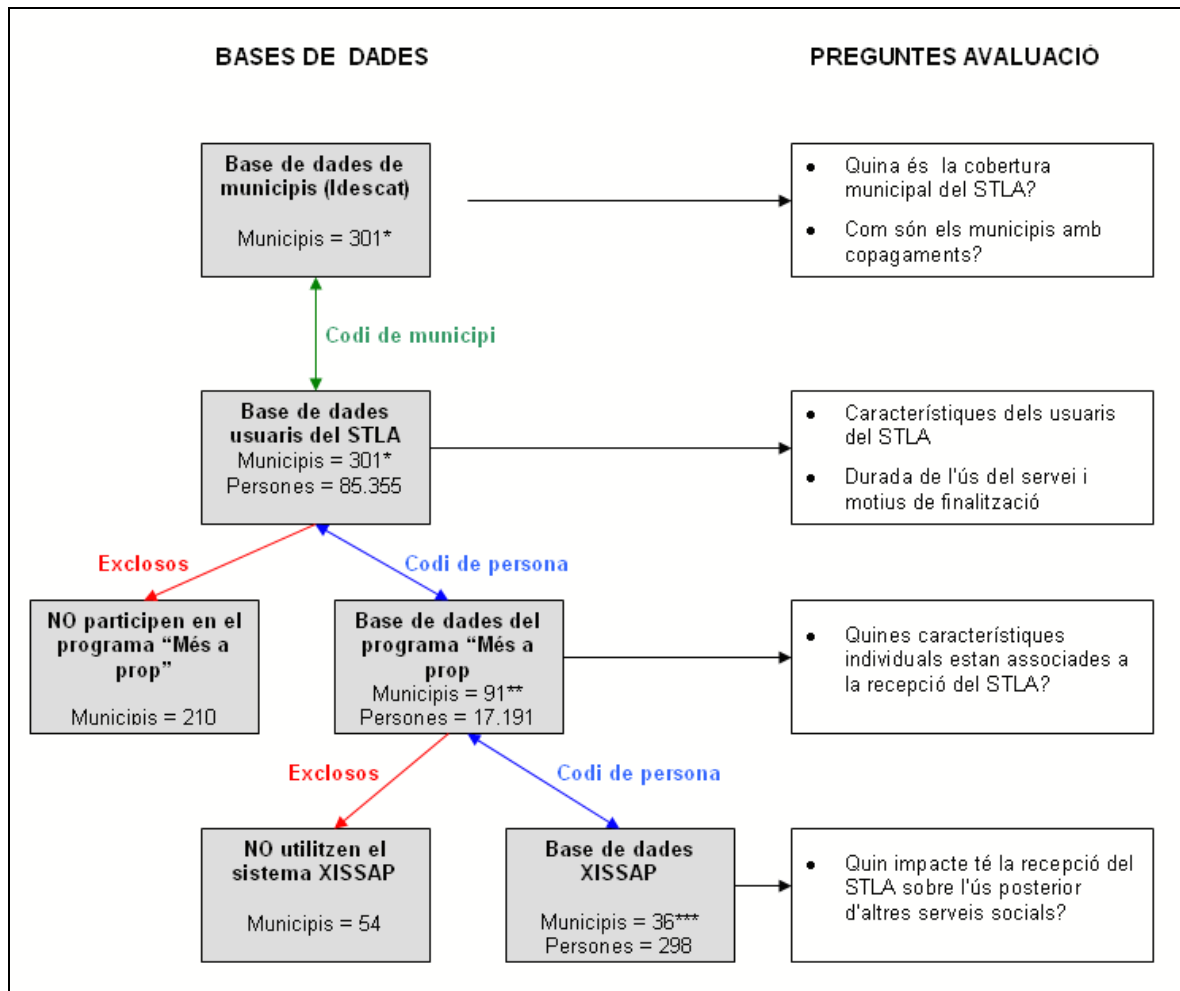
La darrera peça d'informació utilitzada és l'anomenada **Base de dades XISSAP**¹⁸. En el nostre cas, per motius que s'entendran tot seguit, l'ús que hem fet d'aquesta base de dades ha estat molt acotat. En concret, a partir del llistat d'individus del programa MaP i fent servir un codi d'identificació personal comú, s'ha cercat a la base de dades del XISSAP quines d'aquestes persones han utilitzat diversos serveis socials (ajuda domiciliària, centres de dia i residències) i en quines dates. Tot seguit, afegint aquesta informació a la base de dades del programa MaP esmentada anteriorment, hem mirat de donar resposta a una de les preguntes centrals d'aquesta avaluació: ¿quin impacte té la recepció de la teleassistència sobre l'ús posterior d'altres serveis socials?

A continuació, després d'aquesta visió panoràmica sobre les bases de dades utilitzades, els apartats que segueixen contenen el detall dels mètodes emprats per donar resposta a les diverses preguntes d'avaluació plantejades i els principals resultats obtinguts en cada cas.

¹⁸ El XISSAP és un aplicatiu desenvolupat per la DIBA, posat a disposició dels ajuntaments de la província, que pretén millorar la gestió de la informació dels serveis socials bàsics



Gràfic 4: Bases de dades i preguntes d'avaluació



* Tots els de la província de Barcelona, excepte Barcelona ciutat, que té un SLTA propi, i nou municipis petits sense SLTA: Castell de l'Areny, Gisclareny, Orpí, Pujalt, Quar, Sagàs, Sant Agustí de Lluçanès, Sant Jaume de Frontanyà i Sobremunt.

** El llistat de municipis es pot consultar a l'Annex A. Tanmateix, per motius que es detallaran més endavant, el número final de municipis analitzats només és de 58 (destacats en negreta a l'annex A).

*** El llistat de municipis es pot consultar a l'Annex A.



4.2 La cobertura municipal del SLTA

4.2.1 Definició de les variables

L'anàlisi de la cobertura municipal del SLTA s'ha dut a terme, com ja hem comentat anteriorment, a partir de la que hem anomenat base de dades municipal. En particular, per al conjunt de municipis analitzats i per alguns dels anys compresos entre 2006 i 2010, hem fet servir les variables següents:

- *Taxa de cobertura del SLTA.* Es defineix com la ràtio entre el número d'usuaris del servei de teleassistència (mesurats a 1 de gener de cada any) respecte la població de 70 anys o més del municipi (ídem). S'ha optat per utilitzar un llindar de 70 anys per considerar-lo preferible a l'alternativa dels 80, malgrat és la pràctica comú a la literatura: així, segons la nostra explotació de la BD-TA, només el 60% de les persones que comencen a utilitzar el SLTA té més de 80 anys mentre que la xifra corresponen quan s'utilitza un llindar de 70 anys o més puja fins el 93%. Així doncs, una taxa de cobertura calculada amb aquest darrer llindar ens ofereix una fotografia molt més completa de l'abast real de la cobertura¹⁹.
- *Intervals de grandària poblacional.* Hem creat 4 intervals per tal de classificar els municipis d'acord a la seva grandària municipal: fins a 1.000 habitants, de 1.000 a 10.000, de 10.000 a 20.000, i més de 20.000 habitants.
- *Índex de renda municipal (2004).* Aquesta variable ha estat construïda per l'Idescat i mesura la renda disponible per habitant, en municipis de més de 10.000 habitants, utilitzant com a base 100 la renda disponible per habitant del conjunt de Catalunya.
- *Grau d'envelliment del municipi.* Mesurat a través del percentatge que la població amb 70 anys o més del municipi representa sobre la població total.

¹⁹ L'alternativa de considerar com a llindar els 65 anys tampoc no és satisfactòria, ja que tant sols un 5% dels usuaris del SLTA tenen entre 65 i 69 anys, mentre que el número total d'habitants que tenen aquesta edat és molt important. Calcular cobertures municipals amb un llindar de 65 anys o més només afegeix imprecisió i una variabilitat artificial respecte l'alternativa d'utilitzar un llindar de 70 anys o més.



4.2.2 Abast de la cobertura i evolució temporal

El **gràfic 5** mostra l'abast de la cobertura en els anys 2006 i 2010 pels quatre grups en que hem classificat als municipis atenent a la seva grandària municipal²⁰. Els principals resultats a destacar són els següents:

- **La cobertura ha augmentat de manera notable entre els anys 2006 i 2010, amb independència de la grandària poblacional dels municipis.** En concret, tret dels municipis de menys de 1.000 habitants, les altres tres categories de municipis han experimentat un increment promig força important: d'unes cobertures medianes que se situaven l'any 2006 entre el 3% i el 4% s'ha passat a medianes d'entre el 12% i el 14% l'any 2010.
- **Existeix una elevada dispersió pel que fa a les ràtios de cobertura que, de fet, s'ha incrementat entre l'any 2006 i el 2010.** En efecte, com posen de manifest les grandàries de les capsas del gràfic 1, que mesuren la dispersió de cobertures entre el primer i el tercer quartil de la distribució, les cobertures de l'any 2010 tenen graus de dispersió que pràcticament dupliquen els de 2006.
- **Les cobertures dels municipis més petits resulten força volàtils i, per tant, no és possible establir tendències temporals.** L'elevada volatilitat té a veure amb el fet que petites variacions en el número d'usuaris (numerador) generen canvis molt notables en les taxes de cobertura, ja que la grandària de la població amb 70 anys o més (denominador) és molt reduït. De fet, la disminució que s'observa en la cobertura mediana entre l'any 2006 i el 2010 probablement tingui a veure amb aquest tipus d'efectes. Així doncs, fruit dels dubtes que planteja la interpretació d'aquests resultats, s'ha optat per excloure de les anàlisis posterior els municipis de menys de 1.000 habitants.

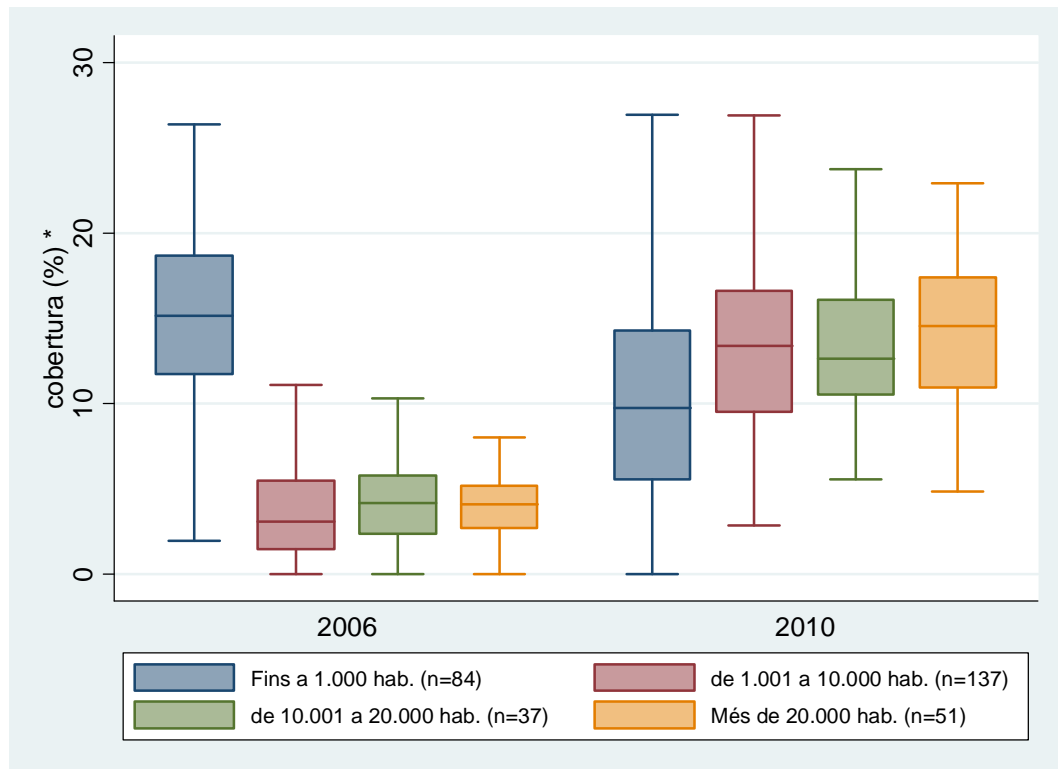
Els resultats anteriors es complementen amb la informació continguda als **gràfics 6 i 7** que mostren, respectivament, les ràtios de cobertura municipals l'any 2006 i l'any 2010 en

²⁰ Aquest tipus de gràfics s'anomenen *diagrames de caixa* i resulten útils a l'hora de comparar visualment les diferències en la distribució d'una variable contínua. La "caixa" ens mostra tres peces d'informació sobre la distribució de la variable d'interès: 1) el percentil 25, representat per la part inferior de la caixa, que ens indica quin és el valor de la variable que deixa per sota el 25% d'unitats; 2) la mediana, representada per la línia que hi ha a l'interior de la caixa, que indica el valor que deixa per sota el 50% d'unitats; i 3) el percentil 75, representat per la part superior de la caixa, que aporta la mateixa informació que abans però referida al 75% d'unitats.



sengles mapes de la província de Barcelona. D'una banda, l'enfosquiment del mapa del 2010 respecte el de l'any 2006 palesa, clarament, l'increment en les taxes de cobertura esmentat anteriorment. D'altra banda, la coexistència de diverses tonalitats en cadascun d'ambdós mapes denota, tanmateix, l'elevada dispersió entre municipis a la qual també hem fet esment.

Gràfic 5: Cobertura dels SLTA, per grandària dels municipis. Anys 2006 i 2010

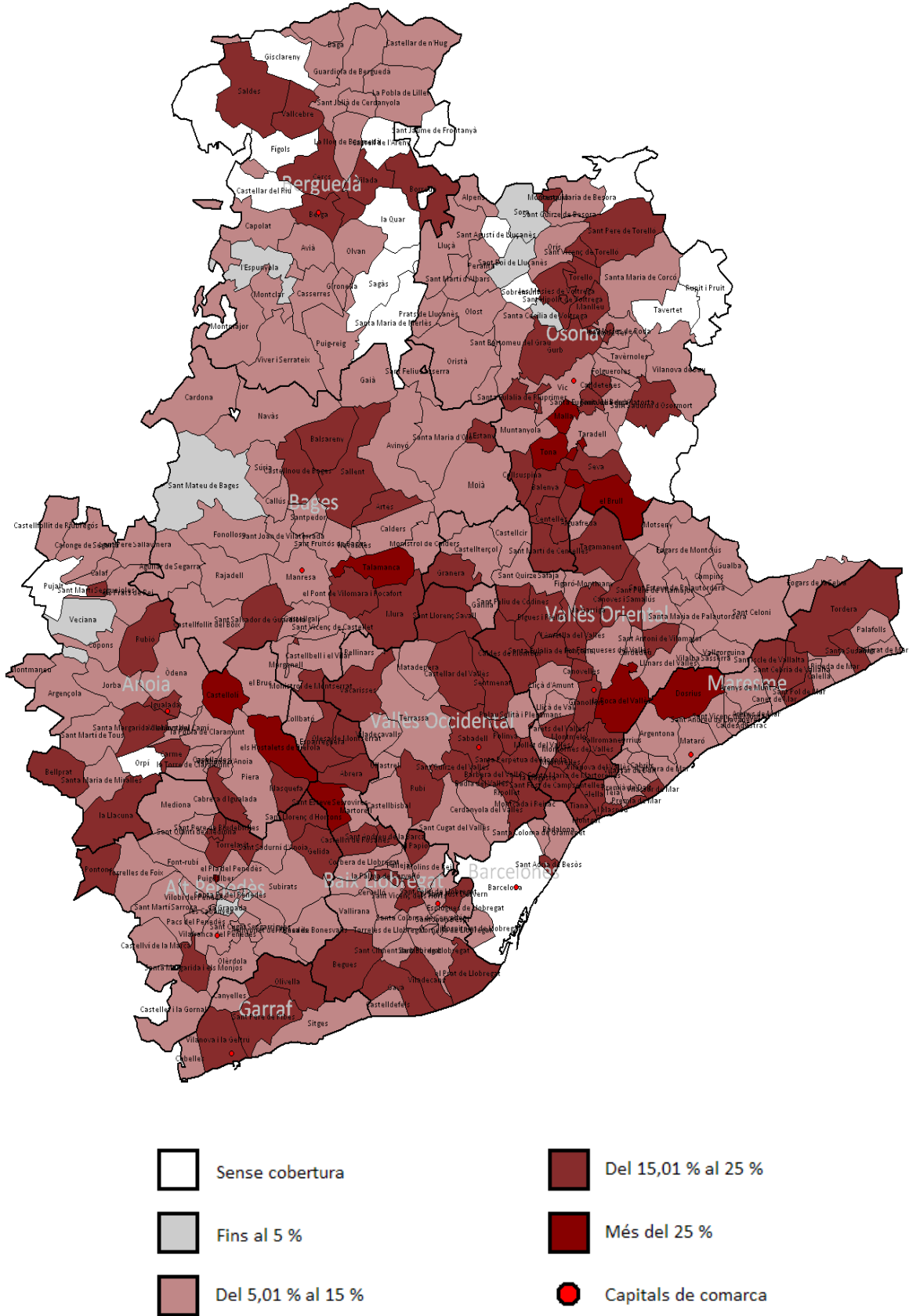


lr

* Percentatge de la població amb 70 anys o més que utilitza SLTA



Gràfic 7: Taxes de cobertura municipals del SLTA. Any 2010





4.2.3 Convergeixen les taxes de cobertura entre municipis?

Entenem per convergència aquella situació en la qual la “distància” en termes de cobertura entre els municipis amb taxes més baixes i més alta tendeix a disminuir al llarg del temps. Els **gràfics 8, 9 i 10** tracten d’analitzar aquesta qüestió, per a cadascun dels tres grups de municipis prèviament definits, comparant les taxes de cobertura dels diversos municipis als anys 2006 i 2010. En concret, després de calcular la taxa de cobertura mitjana per al conjunt de municipis en cadascun dels dos anys, es s’il·lustren les desviacions de cada municipi respecte aquestes dues mitjanes (expressades en base 100). Així doncs, si existís convergència en termes de cobertura, observaríem dos tipus de moviment: d’una banda, els municipis que l’any 2006 estiguessin per sota de la mitjana tendirien a situar-se l’any 2010 més propers a la mitjana (o fins i tot per sobre); de l’altra, els municipis que es trobessin per sobre de la mitjana l’any 2006 també s’aproparien més a la mitjana. En l’extrem, si la convergència fos total, tots els punts acabarien situant-se en la mitjana (el valor 100) de l’any 2010. Tanmateix, com s’observa en els gràfics 8, 9 i 10, aquest no sembla haver estat el cas:

- **L’evolució de les taxes de cobertura a llarg del temps mostra casos tant de convergència com de divergència, amb independència de la grandària poblacional dels municipis.** La casuística és àmplia i afecta municipis grans (+ 20.000 hab.), mitjans (10.000-20.000) i petits (1.000-10.000). Així doncs, pel que fa per exemple als municipis grans, trobem: 1) ciutats amb taxes de cobertura que es situen per sobre de la mitjana en ambdós anys (quadrant N-E), com ara Rubí, Gavà o Ripollet; 2) ciutats que es situen per sota de la cobertura mitjana en ambdós anys (quadrant S-O), com ara Mataró o Santa Coloma de Gramanet; 3) ciutats que tenien cobertures baixes l’any 2006 i es troben per sobre de la mitjana l’any 2010 (quadrant N-O), per exemple Montcada i Reixac; i , finalment, 4) ciutats que es trobaven per sobre la mitjana l’any 2006 i que, 5 anys més tard, tenen cobertures inferiors al promig (quadrant S-E), com ara Manresa o Cornellà. Aquesta diversitat de casos també s’aprecia tant en els municipis mitjans (gràfic 3) com en els petits (gràfic 4).
- **Tanmateix, malgrat no s’observa una convergència generalitzada pel que fa a les taxes de cobertura, la pràctica totalitat de municipis han vist incrementades les seves ràtios en termes absoluts.** Aquest fenomen pot il·lustrar-se prenent qualsevol dels municipis que apareixen al quadrant S-O de cadascun dels tres gràfics esmentats. Per exemple, si ens fixem en el gràfic 2, observem que la posició relativa

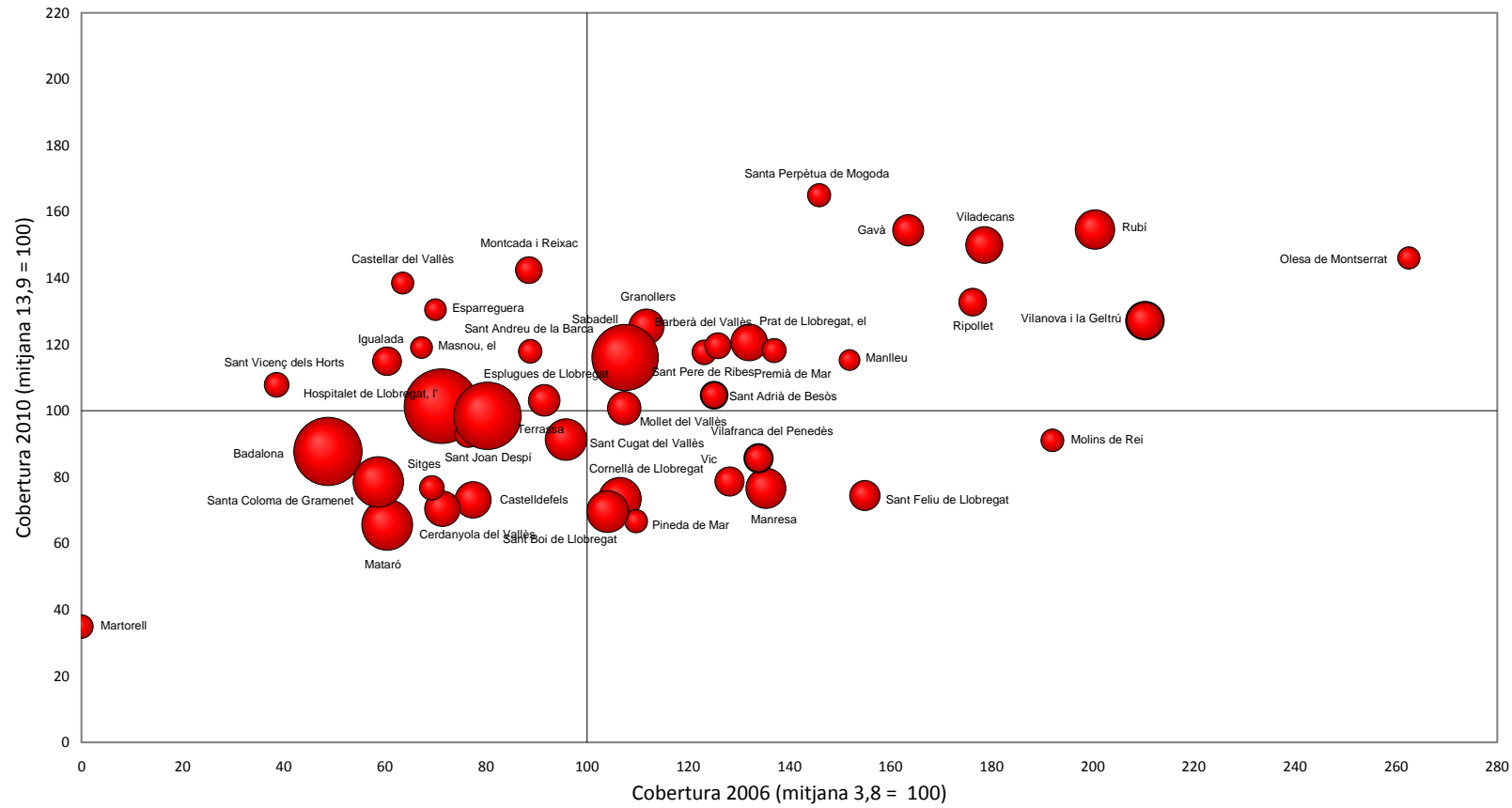


de Mataró és la mateixa en tots dos anys (el 60% de la cobertura mitjana), tot i que la seva taxa de cobertura en termes absoluts s'ha quadruplicat (del 2,3% l'any 2006 al 9,1% l'any 2010). De fet, ben igual que passa en les discussions sobre pobresa i desigualtat, hi haurà qui pensi que la discussió de les taxes de cobertura en termes relatius resulta irrellevant, i que la qüestió important és veure què passa amb les taxes de cobertura en termes absoluts per a cada municipi en particular.

- **La inexistència d'una tendència generalitzada a la convergència ens indica, indirectament, l'absència d'una política d'equilibri territorial per part de la DIBA.** Les dades posen de manifest, a parer nostre, que el procés d'expansió del SLTA ha estat guiat fonamentalment per impulsos de demanda, és a dir, els municipis han fet l'esforç que han considerat oportú en termes d'oferta de terminals i la DIBA ha fet l'aportació financera corresponent. Aquest model, completament legítim ja que la teleassistència és una competència municipal, pot resultar difícil de gestionar en temps de contenció de la despesa per part de la DIBA, ja que indefectiblement caldrà prioritzar entre municipis. En aquest sentit, tal com s'argumentarà en l'apartat de recomanacions, advoquem perquè la DIBA assigni les aportacions entre municipis tenint en compte els seus efectes sobre la convergència de cobertures.

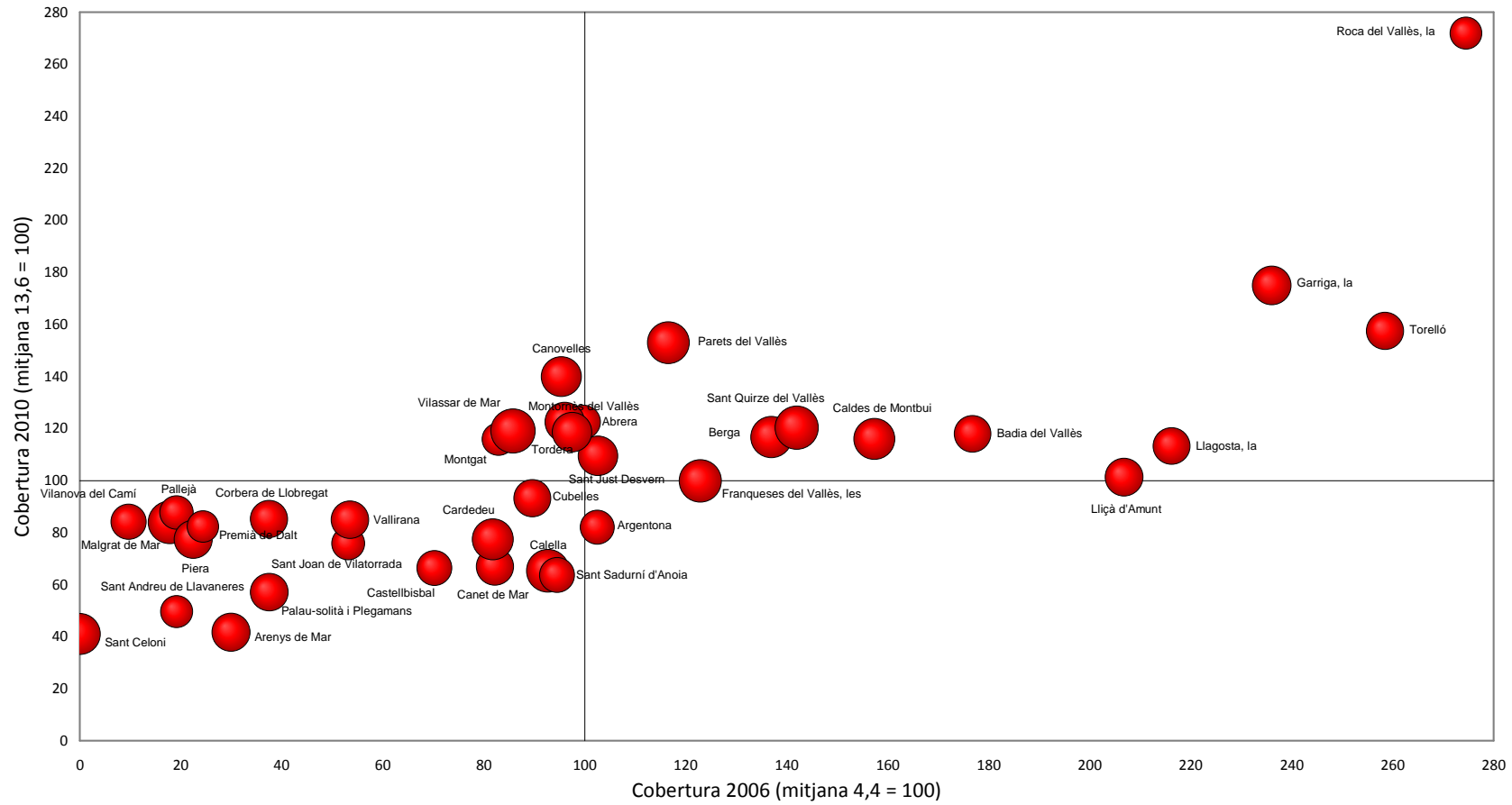


Gràfic 8: Taxes de cobertura del SLTA: 2006 i 2010. Municipis + 20.000 hab.



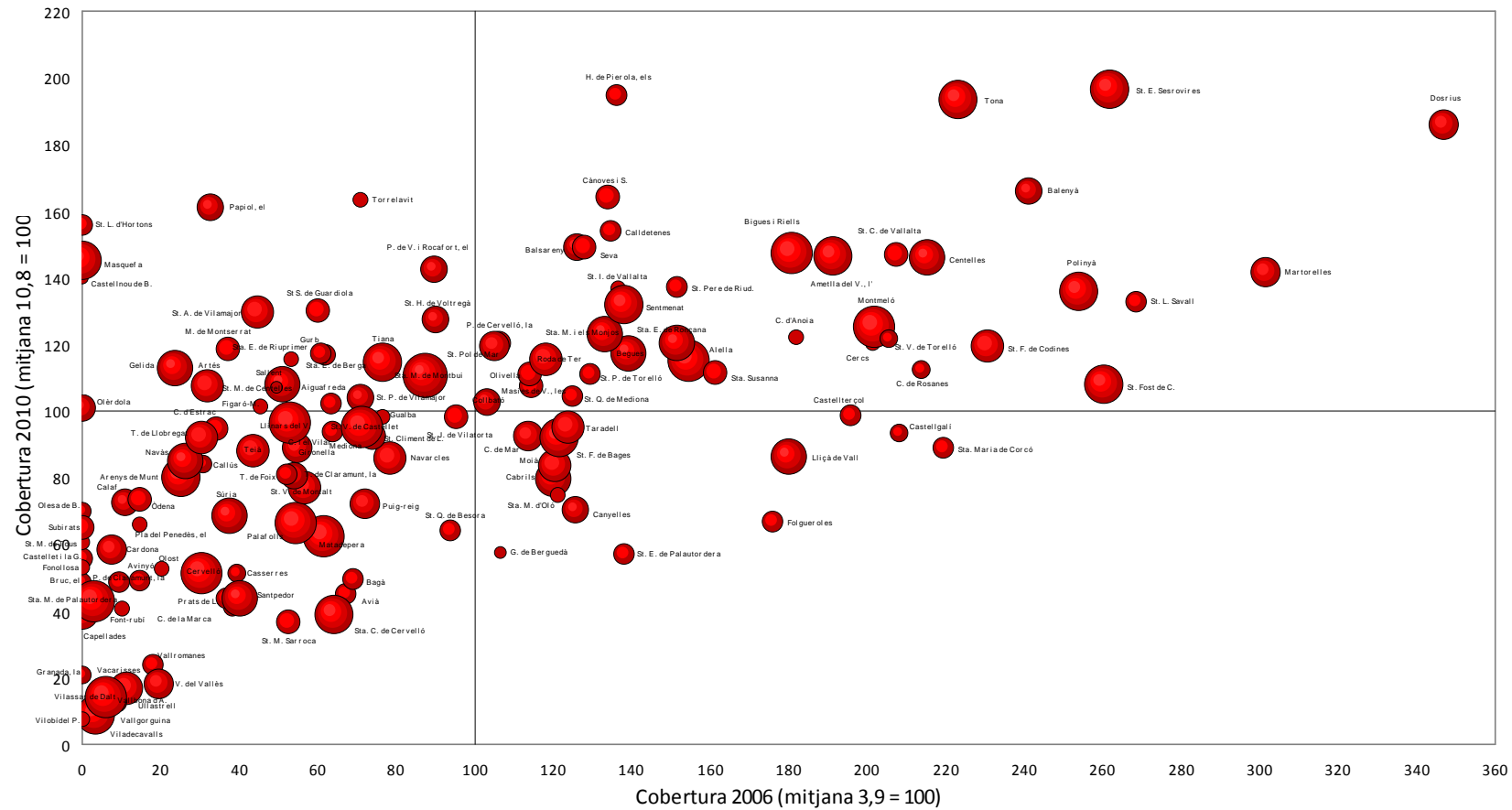


Gràfic 9: Taxes de cobertura del SLTA: 2006 i 2010. Municipis de 10.000 a 20.000 hab.





Gràfic 10: Taxes de cobertura del SLTA: 2006 i 2010. Municipis de 1.000 a 10.000 hab.





4.2.4 Els determinants de la cobertura

Els resultats de l'apartat anterior han posat de manifest que existeix una variabilitat important pel que fa a les taxes de cobertura dels SLTA que ofereixen els diversos municipis. Ara bé, quins factors expliquen aquestes diferències? En aquest sentit, partint del limitat número de variables sobre les que disposem d'informació, hem explorat la contribució de dos factors que, a priori, podrien resultar importants. D'una banda, la renda per càpita dels municipis, disponible per l'any 2004 i per als municipis de més de 10.000 habitants, amb el propòsit de contrastar si els municipis més rics (pobres) tendeixen a tenir taxes de cobertura superiors (inferiors). D'altra banda, el percentatge que la població amb 70 anys o més representa sobre la població total, una variable disponible per a tots els municipis i anys, en un intent per analitzar si existeix alguna relació entre el pes de la població envellida del municipi i l'abast de l'oferta de terminals del SLTA.

La seqüència de gràfics que segueixen exploren les relacions que acabem d'esmentar. Els gràfics 11 i 12 ens mostren el grau de cobertura i el nivell de renda, ambdues variables expressades en base 100, dels dos grups de municipis (mitjans i grans) per als quals disposem d'informació econòmica. Al seu torn, sense les etiquetes que permeten identificar cadascun dels municipis, el gràfic 13 contrasta l'existència o no d'una relació (lineal) estadísticament significativa entre ambdues variables, tant a l'any 2006 com al 2010. Els gràfics 14 a 17 contenen, al seu torn, aquesta mateixa informació però referida a l'anàlisi de la relació entre cobertura i envelliment de la població. Els principals resultats a destacar d'aquest conjunt de peces d'informació són els següents:

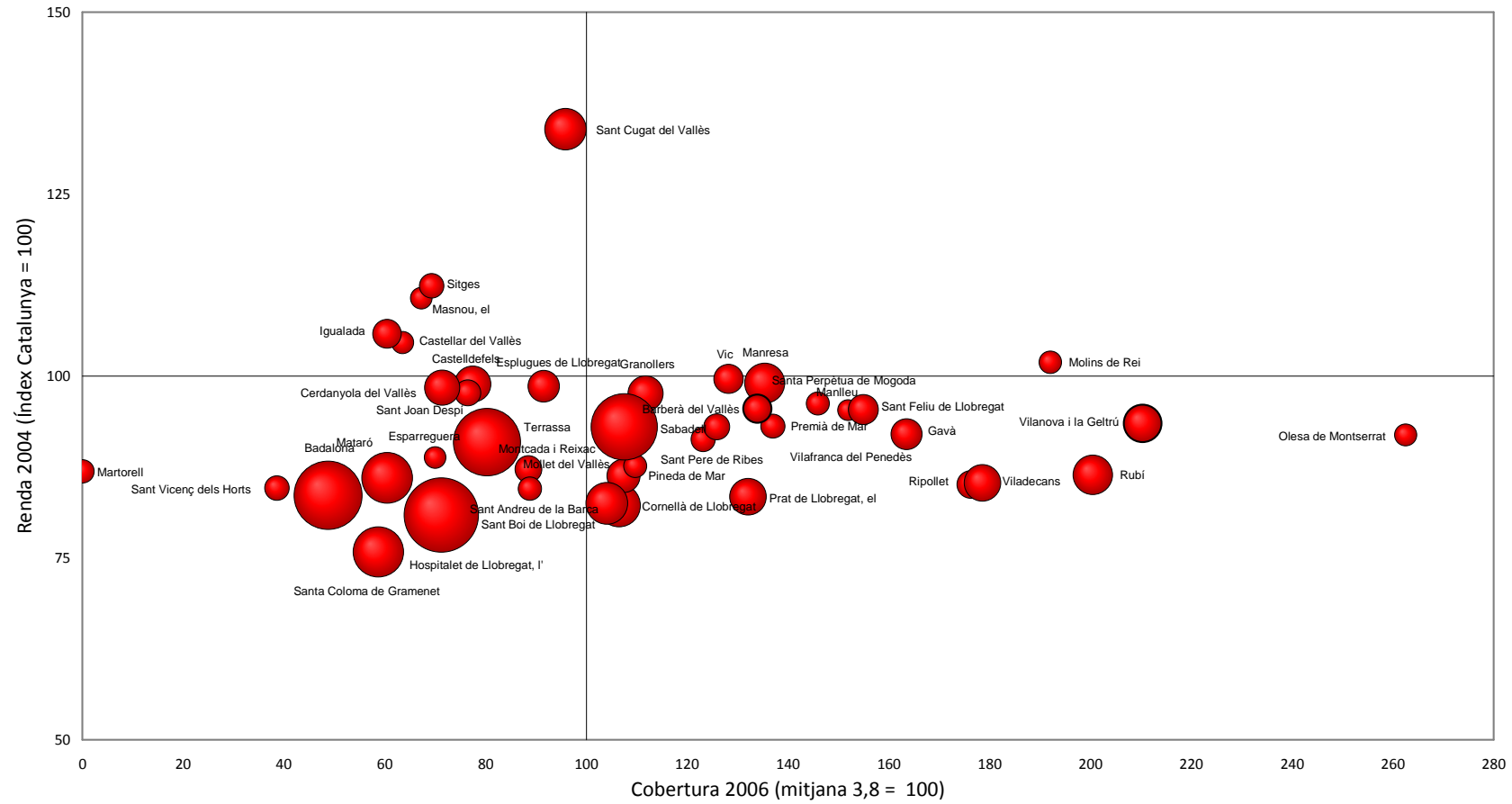
- **Les diferències entre els municipis en les taxes de cobertura de la teleassistència no semblen tenir cap relació amb la renda mitjana dels seus habitants.** Aquesta conclusió es deriva d'una simple mirada als gràfics que contenen les etiquetes dels municipis i els valors (gràfics 11 i 12). Així, sigui quin sigui l'interval de cobertura que considerem, sempre hi ha municipis dins de l'interval amb nivells de renda per sobre i per sota de la mitjana de Catalunya. En qualsevol cas, tal com mostren els resultats de l'anàlisi estadístic posterior (gràfic 13), l'absència de significativitat dels coeficients de correlació entre ambdues variables permet concloure, sense cap dubte, la nul·la relació entre ratis de cobertura i nivells de renda.



- **En canvi, pel que fa a la relació entre les taxes de cobertura i el grau d'envelliment, les dades suggereixen l'existència d'una moderada associació negativa entre ambdues variables.** Així doncs, tal com posen de manifest els resultats del gràfic 17, per alguns grups de municipis (1.000 -10.000 hab.) i especialment per l'any 2010, aquelles poblacions més envellides tendeixen a tenir taxes de cobertura menors que els municipis menys envellits. Una possible interpretació d'aquests resultats, força especulativa, és que en termes generals els municipis "fixen" la quantia de la despesa global destinada al SLTA amb independència del grau d'envelliment de la població; ara bé, donat que els municipis difereixen notablement pel que fa al pes demogràfic de les persones grans, els ajuntaments menys envellits acaben mostrant taxes de cobertura superiors a les dels municipis que ho estan menys.

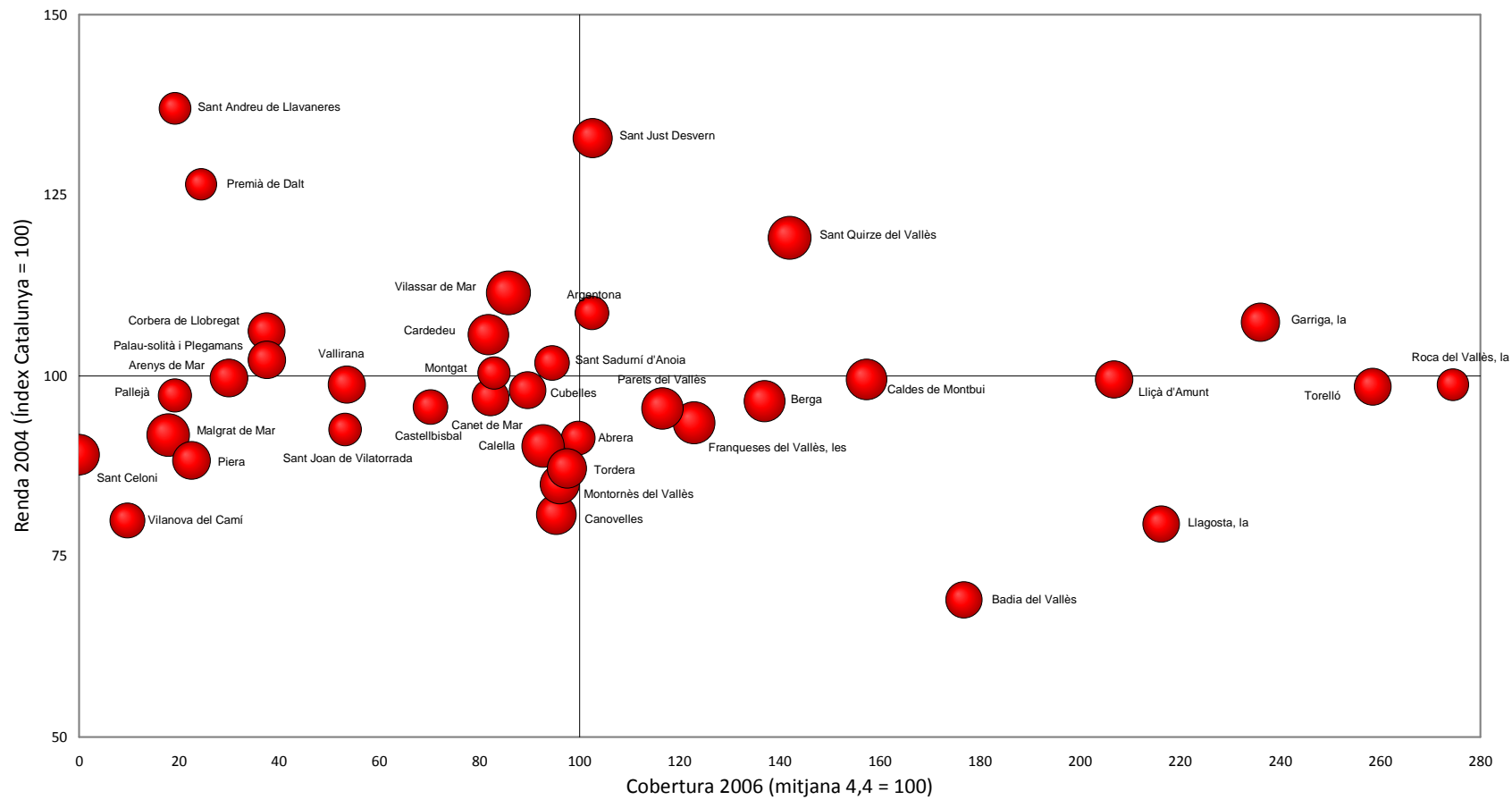


Gràfic 11: Grau de cobertura i el nivell de renda: municipis grans



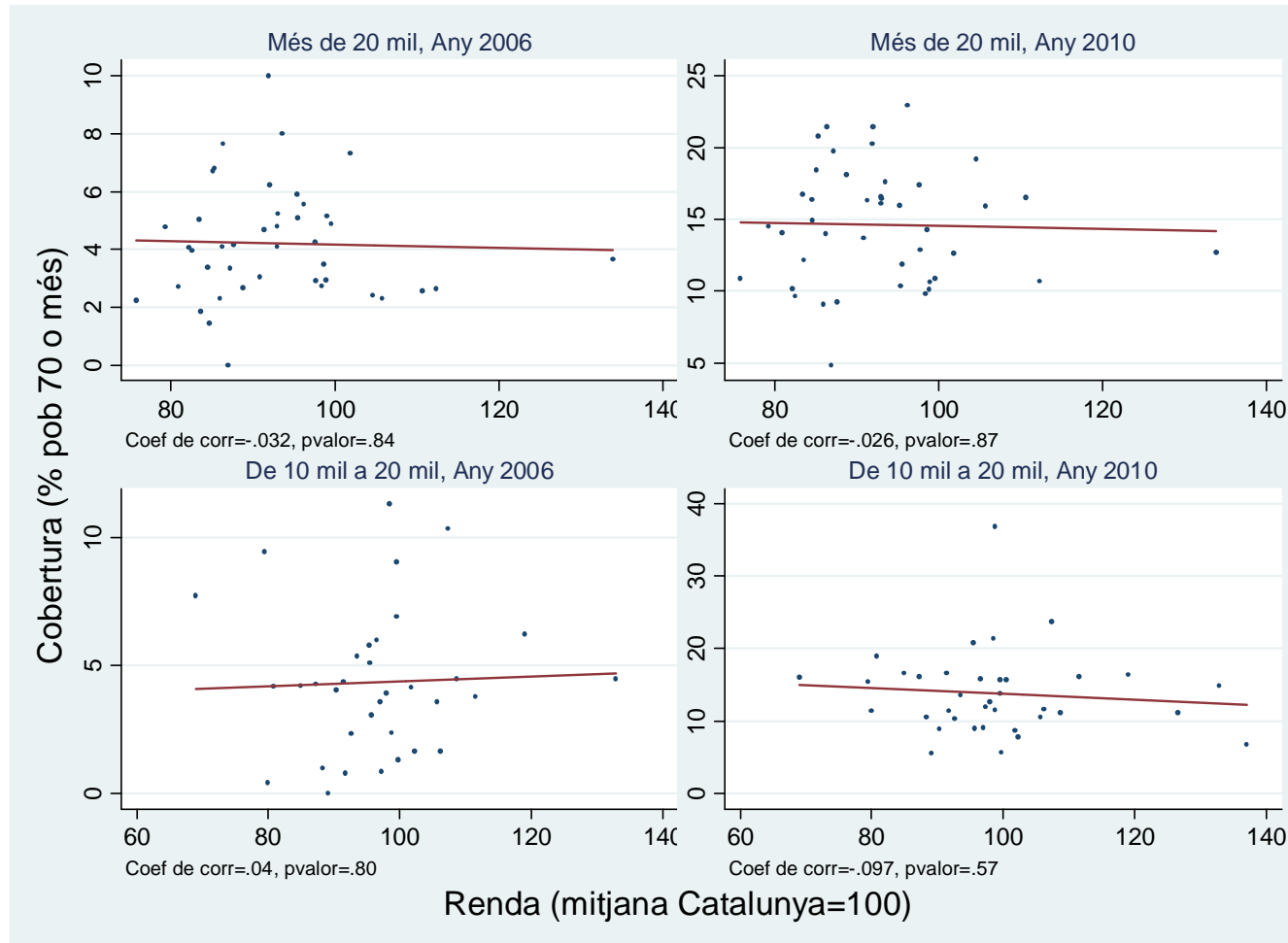


Gràfic 12: Grau de cobertura i el nivell de renda: municipis mitjans





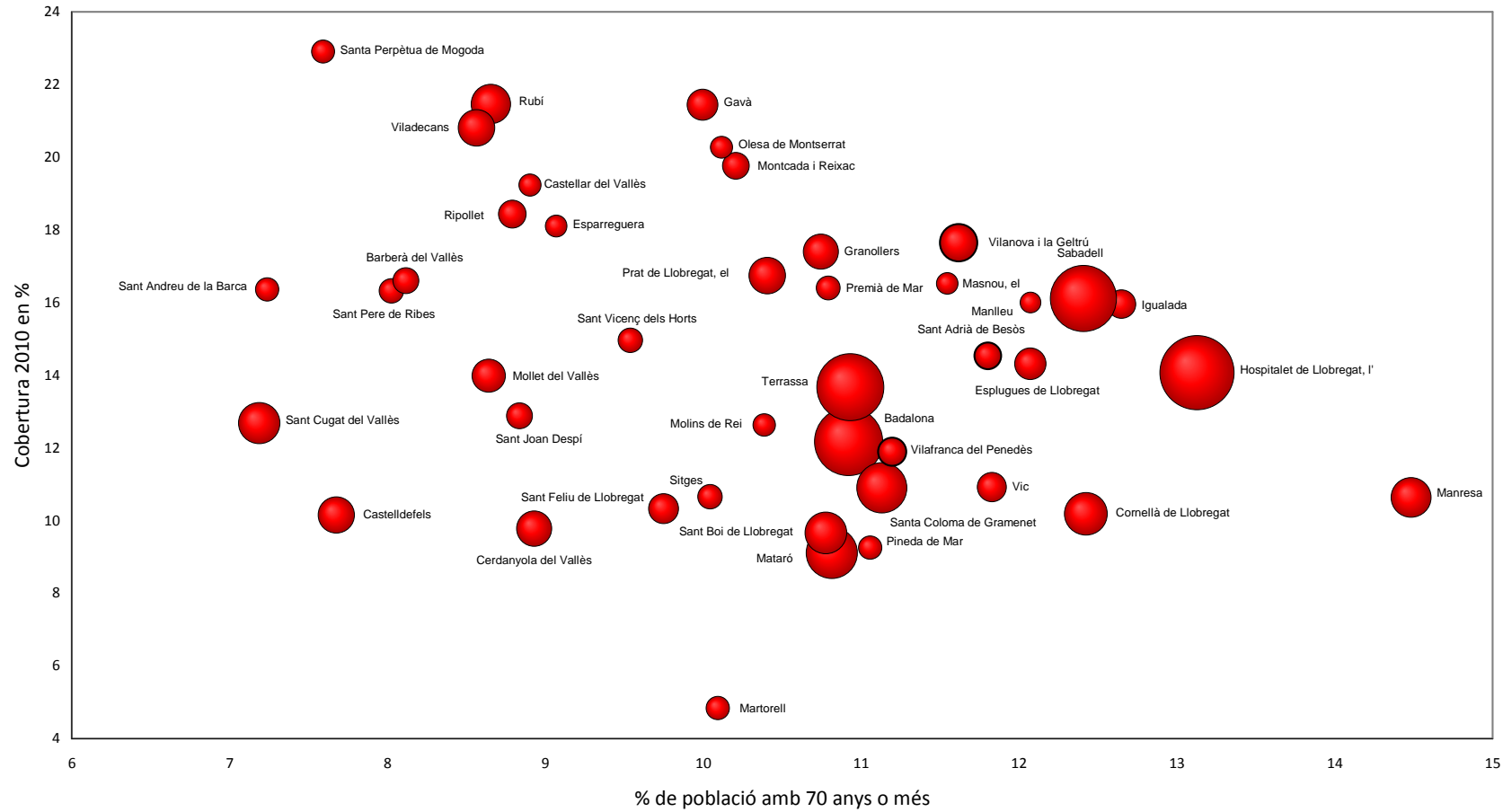
Gràfic 13: Grau de cobertura i el nivell de renda mitjana de Catalunya: regressions



La correlació és estadísticament significativa si el p-valor és menor que 0,05, i no ho és si aquest valor és major que 0,05.

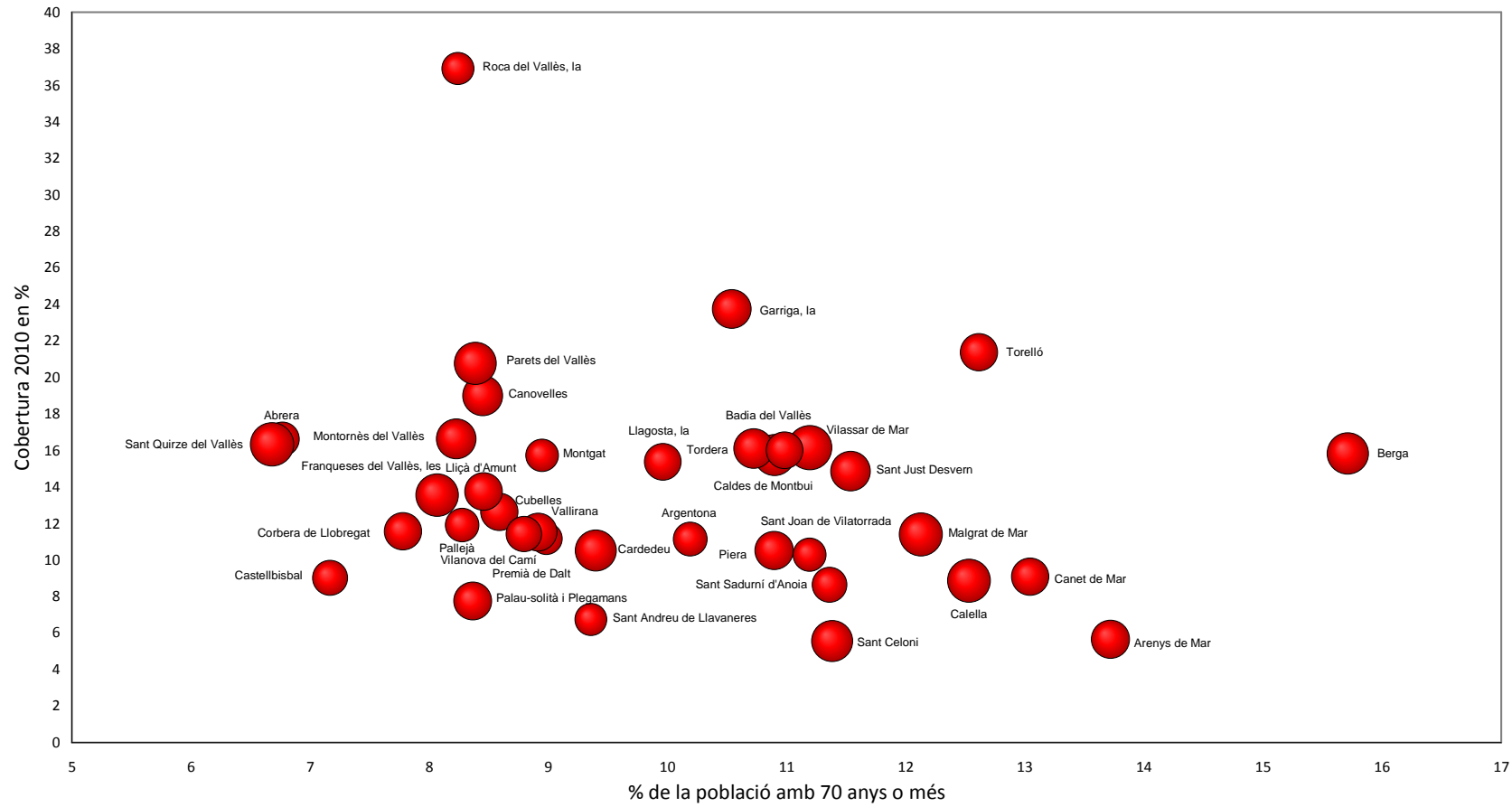


Gràfic 14: Grau de cobertura i % de població de 70 anys o més: municipis grans



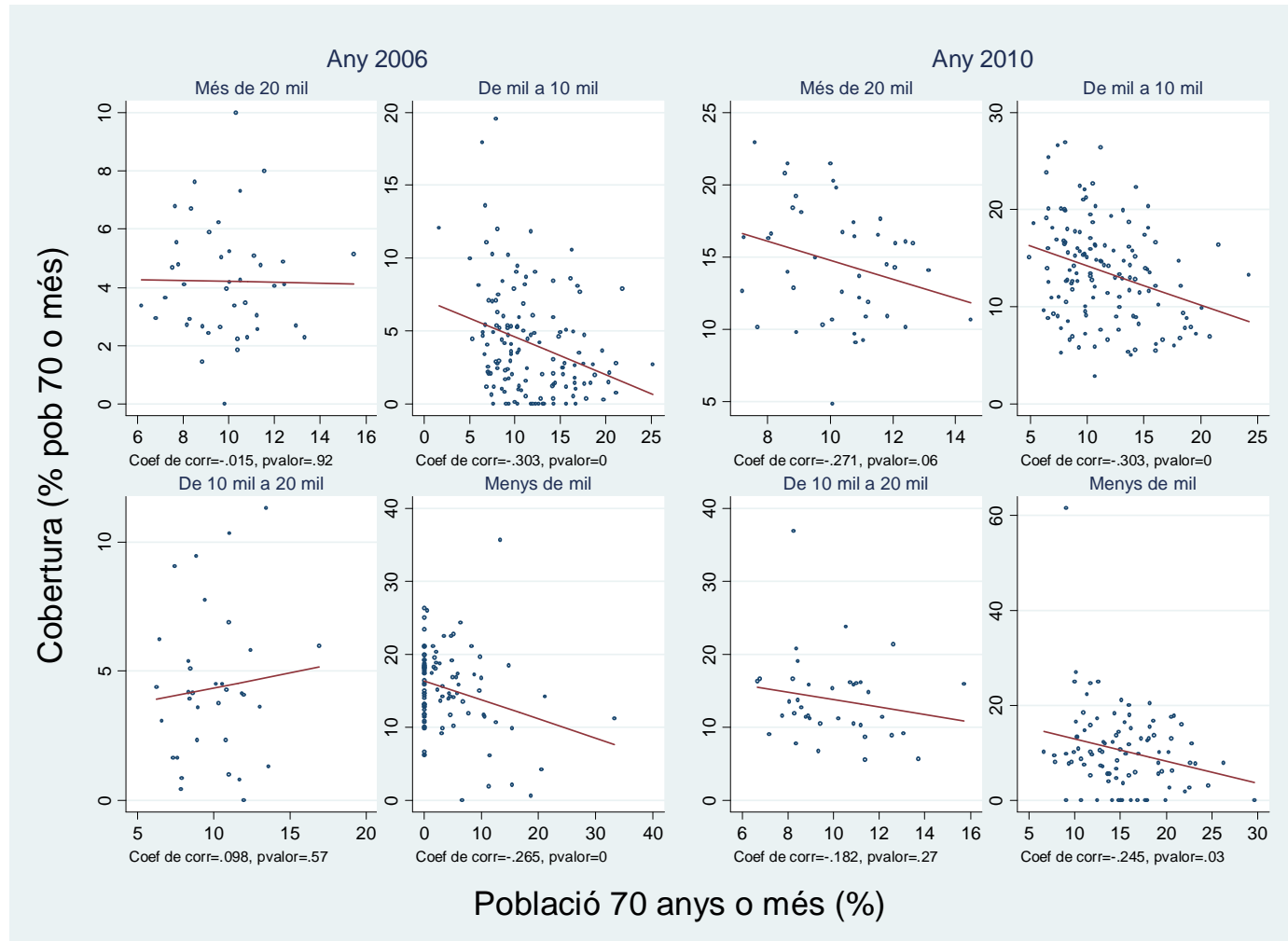


Gràfic 15: Grau de cobertura i % de població de 70 anys o més: municipis mitjans





Gràfic 17: Grau de cobertura vs % de població municipal (70 anys o més): regressions



La correlació és estadísticament significativa si el p-valor és menor que 0,05, i no ho és si aquest valor és major que 0,05.



4.3 Caracterització dels municipis amb copagaments

Un dels temes importants en el debat actual sobre el SLTA és el paper que els copagaments haurien de jugar en el seu finançament. En aquest sentit, aprofitant la informació disponible a la base de dades municipal generada per nosaltres, hem optat per explorar què diferencia els municipis amb copagaments per el SLTA d'aquells que no n'apliquen. Tanmateix, abans de descriure el contingut d'aquesta anàlisi, convé deixar constància de les múltiples carències que tenen les dades disponibles sobre copagaments i, per tant, l'abast limitat de l'anàlisi realitzada. Les principals mancances són les següents:

- *Mostra limitada de municipis.* La informació sobre copagaments que ens ha estat facilitada per la DIBA (comunicació personal) prové de les dades municipals sobre serveis socials municipals que gestiona l'Observatori dels Serveis Socials Municipals. Tanmateix, malgrat es demana la col·laboració de tots els municipis de la província, la taxa de resposta a la qüestió dels copagaments no arriba al 75% . Les possibilitats de generalitzar els nostres resultats és, per tant, limitada.
- *Només Informació dicotòmica.* El que l'enquesta conté és si els municipis apliquen o no copagaments, però no la quantia d'aquests copagaments quan existeixen. Aquesta mancança redueix ostensiblement el potencial de l'anàlisi, ja que cal pensar que els possibles efectes dels copagaments no depenen tant de que n'hi hagi o no, sinó que siguin més o menys importants.
- *Sense any d'inici.* La informació de la qual disposem ens indica si els municipis tenien o no un sistema de copagaments l'any 2010, però no en quin moment va iniciar-se. Sense aquesta informació, malauradament, no és possible associar l'existència de copagaments amb cap modificació en les pautes d'ús del SLTA entre dos moments del temps.

En qualsevol cas, malgrat les limitacions anteriors, hem considerat que una primera exploració d'aquesta qüestió podia resultar interessant. Els principals elements a destacar d'aquesta anàlisi preliminar són els següents:

- **Entre els municipis per als quals es disposa d'informació, només el 33,8% utilitza copagaments per finançar el SLTA.** Tanmateix, com posen de manifest la



taula 8 i el gràfic 18, hi ha dos grups de municipis que es desvien d'aquesta tendència general: d'una banda, els pobles amb menys de 1.000 habitants i els d'entre 10.000 i 20.000 habitants, que tant sols apliquen copagaments en el 20-25% dels casos, i d'altra banda, els municipis d'entre 1.000 i 10.000 habitants i els municipis de més de 20.000, amb un nivell d'implantació promig dels copagaments superior al 40%. En qualsevol cas, com ja hem esmentat anteriorment, les elevades taxes de no resposta obliguen a interpretar aquests resultats amb força cautela.

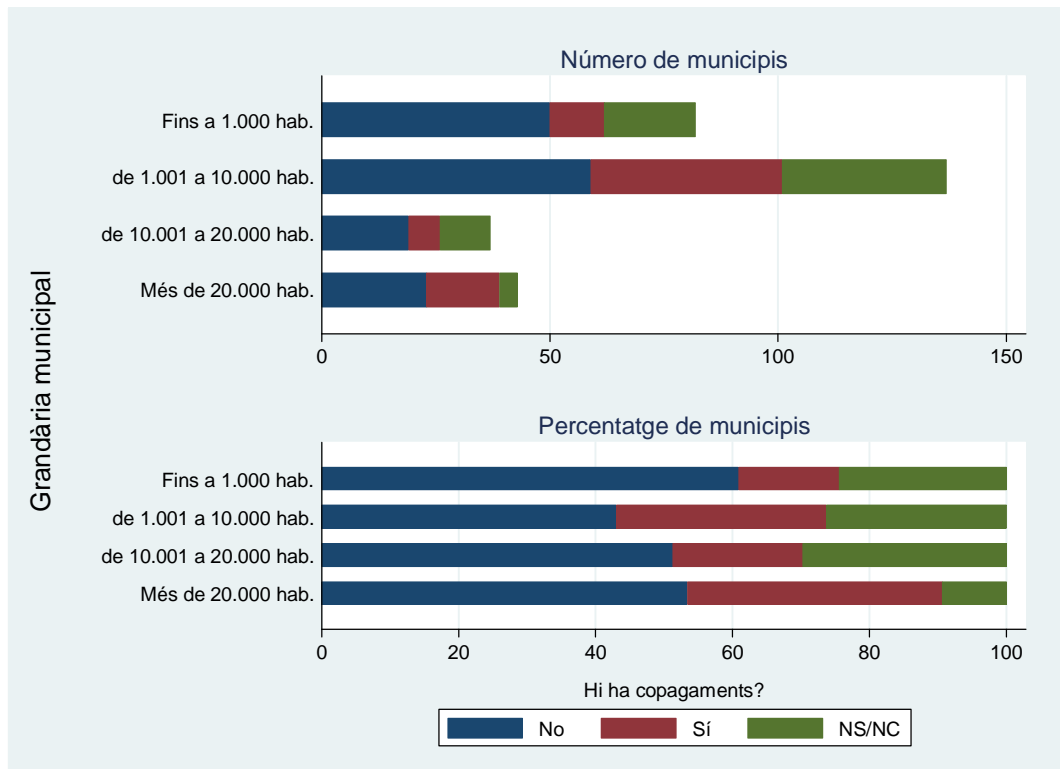
- **L'única variable que sembla estar associada a l'existència de copagaments és la renda dels municipis, tot i que l'associació no resulta estadísticament significativa.** En efecte, tal i com es pot observar al gràfic 19, ni la grandària poblacional, ni el grau d'envelliment, ni tampoc el grau de cobertura del SLTA semblen diferir entre els municipis amb i sense copagaments; en canvi, si més no en termes gràfics, el nivell de renda dels municipis que apliquen copagaments resulta més elevat que els d'aquells que no utilitzen aquest instrument. Tanmateix, segons ens indiquen els resultats de la taula 9, aquesta diferència pel que fa a la renda no resulta estadísticament significativa en mitjana, com tampoc no ho són les diferències entre els valors promig de la resta de variables analitzades.

Taula 8: L'abast dels copagaments, segons grandària municipal. Any 2010.

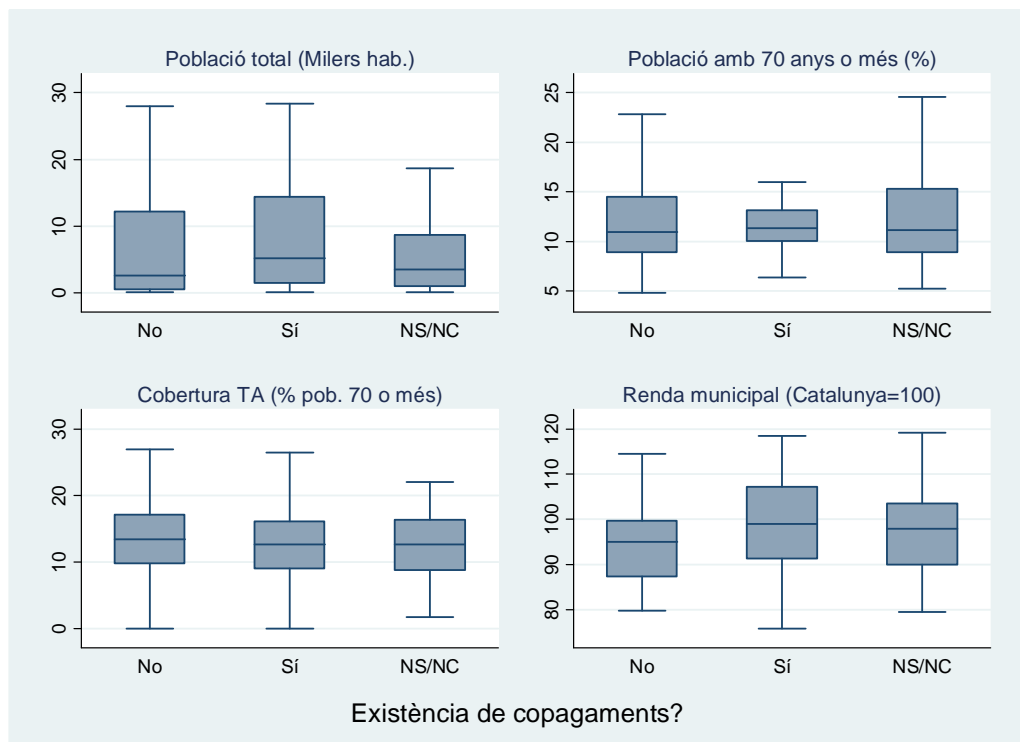
Població dels municipis	Sense copagaments		Amb copagaments		TOTAL
	casos	%	casos	%	
Fins a 1.000 hab.	50	80,6	12	19,3	62
De 1.000 a 10.000 hab.	59	58,4	42	41,5	101
De 10.00 a 20.000 hab.	19	73,1	7	26,9	26
Més de 20.000 hab.	23	58,9	16	35,7	39
TOTAL	151	66,2	77	33,8	228



Gràfic 18: L'abast dels copagaments, segons grandària municipal. Any 2010



Gràfic 19: Municipis amb i sense copagaments





Taula 9: Municipis amb i sense copagaments

	Amb copagaments		Sense copagaments		Signif.
	N casos	Mitjana	N casos	Mitjana	
Població total	77	20.382	151	12.352	No
Percentatge població 70 o més	77	12,23	151	12,08	No
Cobertura TA	77	12,90	151	13,95	No
Índex renda (2004)	39	100,25	56	96,52	No

* D'acord al p-valor d'un test de diferència de mitjanes amb un llindar de significació del 5%.



4.4 Evolució dels usuaris i llurs característiques

4.4.1 Dades i definició de variables

Una qüestió crucial en l'anàlisi del SLTA és caracteritzar els usuaris d'aquest tipus de servei. En aquest sentit, com ja varem comentar a l'inici d'aquest capítol, el fet de disposar de la base de dades completa d'usuaris ens ha permès portar a terme una anàlisi força exhaustiva. En concret, per a cadascuna de les més de 85.000 persones que han estat usuàries del SLTA des de l'any 2005 fins a l'actualitat, disposem d'informació sobre diverses variables sociodemogràfiques, com ara el règim de convivència, l'edat, el sexe o el grau d'autonomia personal, així com la data en que es va iniciar la recepció del servei i, si escau, la data en que va finalitzar.

Ara bé, si hom pretén caracteritzar els usuaris del SLTA d'acord a les variables anteriors, caldrà definir abans sobre quins beneficiaris en particular realitzem la fotografia: tots els que han passat pel programa? Aquells que encara hi son? Els que ja l'han abandonat? En aquest sentit, com ja hem fet en d'altres ocasions (Ivàlua, 2009), resulta interessant realitzar l'anàlisi distingint entre dos tipus de "divisions" de la població usuària: les cohorts i els estocs.

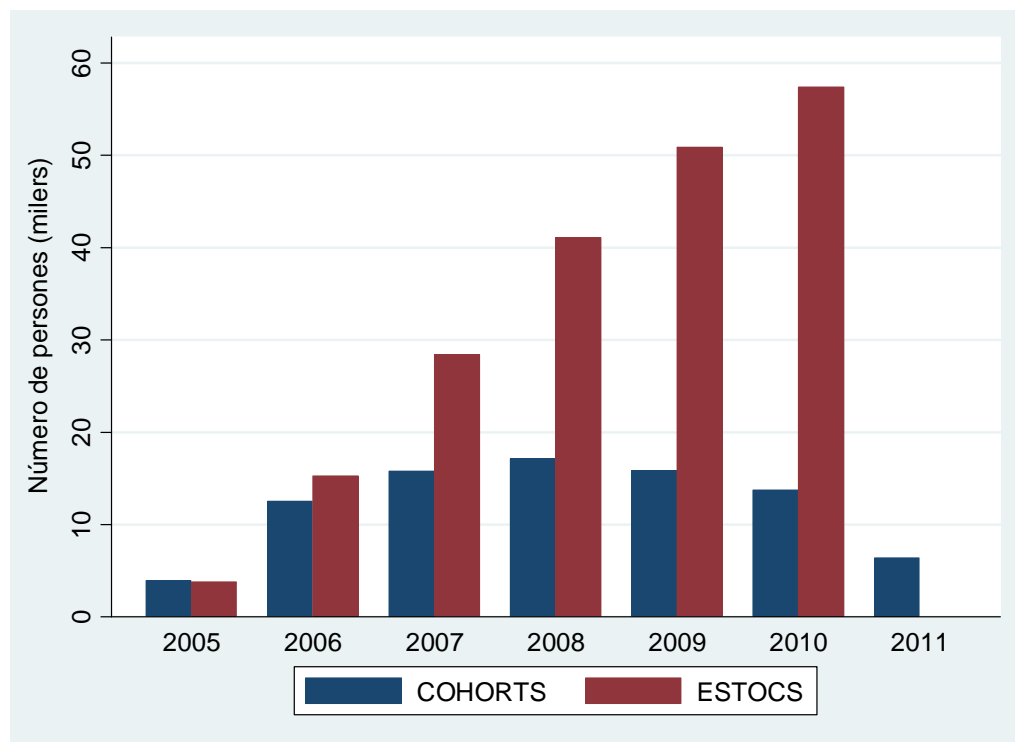
El primer tipus d'agrupació d'individus es porta a terme tenint en compte les dates d'entrada al programa de cadascun d'ells; en particular, els individus de la cohort de 2006, per exemple, seran totes aquelles persones que varen començar a rebre el SLTA entre l'1 de gener i el 31 de desembre d'aquell any. La construcció de cohorts permet analitzar de forma senzilla fins a quin punt les característiques dels nous entrants al programa varien o no al llarg del temps. D'altra banda, pel que fa als estocs, es tracta d'inventariar el número total d'usuaris que estan fent servir el SLTA en un determinat dia de l'any (per exemple el 31 de desembre); així doncs, l'estoc de 2010 esta constituït per tots els usuaris donats d'alta el 31/12/2010.



4.4.2 Expansió del SLTA: anàlisi per cohorts i estocs

El **gràfic 20** mostra el número total de persones que integren cadascuna de les cohorts i cadascun dels estocs del període 2005-2011. En aquest sentit, deixant de banda els anys extrems, que contenen un número limitat de mesos, el gràfic palesa que: 1/ les cohorts varen anar incrementant la seva grandària, fins assolir un màxim de 17.109 individus l'any 2008, i que des de llavors el número de nous entrants ha tendit a disminuir; 2/ els estocs no han parat de créixer des de l'inici del programa l'any 2005, tot i que a un ritme decreixent, arribant-se a una xifra propera a les 57.500 persones a finals de l'any 2010.

Gràfic 20: Cohorts i estocs del període 2005-2011



4.4.3 Característiques dels usuaris en el moment de l'entrada

Un dels principals atractius de l'anàlisi de cohorts, com ja s'ha comentat, és que permeten detectar canvis al llarg del temps en les característiques dels nous usuaris del SLTA. A tal efecte, com queda recollit a la **taula 10**, hem analitzat les característiques de les dues cohorts completes més allunyades entre si, corresponents als anys 2006 i 2010, i hem contrastat mitjançant un test de diferència de mitjanes si les disparitats que s'observen resulten o no estadísticament significatives. Els principals resultats a destacar són els següents:



- En primer lloc, si observem les característiques de les persones que varen entrar al programa l'any 2006, destaca l'existència d'una majoria de beneficiaris que vivien sols (prop del 60%); una elevada concentració d'individus octogenaris, tot i que les persones de menys de 80 anys representaven prop del 40% dels beneficiaris; quasi un 75% de dones; un percentatge molt elevat d'usuaris tipus A (87%)²¹; una majoria d'usuaris completament autònoms (48,4%) o amb autonomia mitjana (47,7%) i, finalment, una preponderància clara dels beneficiaris que viuen a municipis grans (61,8%).
- D'altra banda, si comparem les característiques de la cohort del 2006 amb la de 2010, afloren algunes diferències estadísticament significatives d'allò més interessants. En primer lloc, el pes dels beneficiaris que viuen sols cau en més de 15 punts percentuals (p.p.) fins a l'extrem, de fet, de convertir la categoria "dues persones" en el règim convivencial més freqüent (45,4%). D'altra banda, directament relacionat amb l'anterior, es constata un increment dels usuaris tipus B (del 8% al 15%), que recordem són aquells que, tot i no ser els titulars, també es beneficien de la recepció del servei. En tercer lloc, s'observa un increment de més de 6 punts percentuals del percentatge de persones completament autònomes, fins a arribar al 55% de la mostra, mentre els col·lectius de dependents moderats i totals cauen en 5,7 i 0,8 p.p. respectivament. Finalment, malgrat no hi ha pràcticament diferències entre ambdues cohorts pel que fa a l'edat dels seus membres, sí que es detecta un increment de més de 5 punts percentuals en el pes dels homes sobre el total, sens dubte com a resultat de l'accelerada disminució de la sobremortalitat masculina durant els darrers anys.

²¹ *Usuari tipus A (titular):* És la persona que reuneix els requisits necessaris per a ser usuari del servei de teleassistència. En el seu domicili s'instal·larà un terminal i se li lliurarà un polsador. *Usuari tipus B:* És la persona que conviu amb el titular del servei i alhora reuneix els requisits per a ser-ne també usuari. Aquest segon usuari disposarà d'un polsador personalitzat. *Usuari tipus C:* És la persona que conviu amb el titular i necessita les prestacions i atencions que el servei proporciona, però que no té capacitat física, psíquica o sensorial per poder utilitzar-lo per si mateix i, per tant, no pot fer ús del polsador.



Taula 10: Característiques de les cohorts de 2006 i 2010

	2.006		2.010		Signif.
	n	%	n	%	
Persona sola	7.024	58,1%	5.778	42,1%	*
2 persones	4.093	33,8%	6.224	45,4%	*
3 persones o més	981	8,1%	1.709	12,5%	*
Menys 65 anys	364	3,5%	429	3,8%	
65-69 anys	360	3,5%	432	3,8%	
70-74 anys	1.111	10,7%	1.168	10,4%	
75-79 anys	2.378	22,8%	2.707	24,0%	*
80-84 anys	3.615	34,7%	3.758	33,3%	*
85 anys o més	2.589	24,9%	2.791	24,7%	
Home	3.187	25,4%	4.251	30,9%	*
Usuari tipus A	10.923	87,2%	10.885	79,2%	*
Usuari tipus B	1.034	8,3%	2.065	15,0%	*
Usuari tipus C	569	4,5%	791	5,8%	*
Autonomia nul·la	466	3,8%	409	3,0%	*
Autonomia mitjana	5.785	47,7%	5.695	42,0%	*
Autonomia total	5.875	48,4%	7.417	54,7%	*
Fins a 1.000 hab.	157	1,3%	143	1,0%	
de 1.001 a 10.000 hab.	1.992	15,9%	2.027	14,8%	*
de 10.001 a 20.000 hab.	1.876	14,9%	1.538	11,2%	*
Més de 20.000 hab.	8.499	61,8%	10.033	73,0%	*
Número de casos	12.526		13.741		

4.4.4 Característiques dels nous usuaris en municipis d'alta i baixa cobertura

Les característiques dels nous usuaris del SLTA no tenen per què variar només al llarg del temps, com ha passat entre l'any 2006 i 2010, sinó que poden diferir entre determinats grups de municipis. Una dimensió que val la pena explorar és si existeixen diferències en el perfil dels usuaris en funció del grau de cobertura que ofereixen els municipis. En aquest sentit, per tal de reduir el número total de comparacions a realitzar, hem optat per considerar únicament els municipis que pertanyen al primer i al quart quartil en termes de cobertura²². De les taules 11 i 12, que mostren els resultats d'aquesta anàlisi pels anys 2006 i 2010 respectivament, pot destacar-se el següent:

- Els usuaris dels municipis amb nivells de cobertura alts viuen sols en un percentatge inferior que el que s'observa en els usuaris de municipis amb baixa cobertura, tot i

²² El primer quartil està compost pel 25% de municipis que tenen taxes de cobertura més baixes; el quart quartil, al seu torn, conté el 25 amb taxes més elevades.



que en ambdós casos aquest règim convivencial resulta el majoritari. D'altra banda, els usuaris dels municipis amb cobertures més elevades tendeixen a ser més joves que els seus homònims en municipis de baixa cobertura i, com a conseqüència d'això, el percentatge d'homes és força més alt en el primer grup que en el segon. Finalment, els usuaris de tipus B i C són molt més freqüents en els municipis d'alta cobertura, tot i que la tipologia d'usuaris A continua sent, com és lògic, la majoritària en tots els casos.

- La comparació entre els anys 2006 i 2010 revela algunes desviacions respecte les pautes anteriors que convé destacar. En primer lloc, la composició relativa en termes de dependència s'ha invertit entre ambdós anys: mentre la categoria d'autònoms totals era més prevalent entre els municipis d'alta cobertura l'any 2006 que en els de baixa cobertura, la situació és exactament la contrària l'any 2010. D'altra banda, si entre els usuaris dels municipis amb baixa cobertura eren majoria l'any 2006 els que viuen en ciutats grans, l'any 2010 aquest fenomen es detecta entre els usuaris dels municipis d'alta cobertura.

Taula 11: Comparativa de la cobertura dels municipis del primer quartil (Q1) i dels municipis del quart quartil (Q4). Any 2006.

	Cobertura (Q1)		Cobertura (Q4)		Signif.
	n	%	n	%	
Persona sola	488	63,5%	2.009	54,0%	*
2 persones	218	28,4%	1.348	36,2%	*
3 persones o més	62	8,1%	362	9,7%	
Menys 65 anys	24	3,7%	122	3,8%	
65-69 anys	23	3,5%	119	3,7%	
70-74 anys	68	10,4%	383	12,0%	
75-79 anys	149	22,8%	735	23,0%	
80-84 anys	213	32,6%	1.103	34,5%	
85 anys o més	177	27,1%	738	23,1%	*
Home	153	19,1%	1.081	28,2%	*
Usuari tipus A	738	92,4%	3.268	85,2%	*
Usuari tipus B	38	4,8%	379	9,9%	*
Usuari tipus C	23	2,9%	188	4,9%	*
Autonomia nul·la	23	3,0%	144	3,9%	
Autonomia mitjana	421	54,8%	1.675	45,2%	*
Autonomia total	324	42,2%	1.883	50,8%	*
Fins a 1.000 hab.	14	1,8%	91	2,4%	
de 1.001 a 10.000 hab.	228	28,5%	913	23,8%	*



de 10.001 a 20.000 hab.	117	14,6%	810	21,1%	*
Més de 20.000 hab.	490	55%	2.021	52,6%	*
Número de casos	799		3.835		

Taula 12: Comparativa de la cobertura dels municipis del primer quartil (Q1) i dels municipis del quart quartil (Q4). Any 2010.

	Cobertura (Q1)		Cobertura (Q4)		
	n	%	n	%	
Persona sola	297	48,5%	1.170	38,7%	*
2 persones	230	37,6%	1.403	46,4%	*
3 persones o més	85	13,9%	449	14,9%	
Menys 65 anys	21	4,0%	100	4,1%	
65-69 anys	9	1,7%	112	4,5%	*
70-74 anys	48	9,1%	270	10,9%	
75-79 anys	118	22,3%	675	27,4%	*
80-84 anys	169	32,0%	791	32,1%	
85 anys o més	163	30,9%	518	21,0%	*
Home	173	28,3%	978	32,3%	*
Usuari tipus A	530	86,6%	2.376	78,5%	*
Usuari tipus B	47	7,7%	487	16,1%	*
Usuari tipus C	35	5,7%	165	5,4%	
Autonomia nul·la	18	3,0%	77	2,6%	
Autonomia mitjana	264	43,3%	1.478	50,0%	*
Autonomia total	328	53,8%	1.394	47,1%	*
Fins a 1.000 hab.	37	6,0%	23	0,8%	*
de 1.001 a 10.000 hab.	299	48,9%	513	16,9%	*
de 10.001 a 20.000 hab.	218	35,6%	485	16%	*
Més de 20.000 hab.	58	9,8%	2.007	66,2%	*
Número de casos	612		3.028		

4.4.5 Característiques dels usuaris actuals del SLTA

Els apartats anteriors han aportat informació sobre les característiques dels nous entrants al programa, així com els canvis que s'han produït al llarg del temps. En aquesta darrera secció de l'apartat es mostren les característiques dels actuals usuaris del SLTA, això és, de l'estoc de 2010. Així doncs, tal i com es pot observar a la **taula 13**, els prop de 58.000 beneficiaris del servei són en la seva majoria persones que viuen soles (51,6%), amb més de 80 anys (54%), dones (75%), usuaris tipus A (85%), completament autònomes (53,8%) i residents en municipis de més de 20.000 habitants (71,5%).



Taula 13: Característiques dels usuaris de SLTA de l'estoc de 2010 (2010)

	%	N
Persona sola	51,6%	29.560
2 persones	37,9%	21.723
3 persones o més	10,5%	6.007
Menys 65 anys	4,1%	1.924
65-69 anys	4,0%	1.892
70-74 anys	12,4%	5.846
75-79 anys	25,6%	12.076
80-84 anys	32,9%	15.510
85 anys o més	21,0%	9.909
Home	25,2%	14.458
Usuari tipus A	85,2%	48.866
Usuari tipus B	11,2%	6.439
Usuari tipus C	3,6%	2.062
Autonomia nul·la	2,5%	1.398
Autonomia mitjana	43,6%	24.861
Autonomia total	53,8%	30.722
de 1.001 a 10.000 hab.	14,7%	8.413
de 10.001 a 20.000 hab.	12,7%	7.325
Més de 20.000 hab.	71,5%	41.069
Número de casos		57.367



4.5 Temps de permanència i tipus de sortida

Un aspecte important a l'hora de caracteritzar el funcionament del SLTA és la quantitat de temps que els usuaris romanen al programa. A l'hora d'analitzar aquesta qüestió, l'estratègia metodològica que maximitza el potencial de l'anàlisi és concentrar-se en aquells usuaris sobre els quals es disposa d'informació durant més de temps. En aquest sentit, donat que la cohort més antiga de la nostra base de dades és la de 2005, hem analitzat les trajectòries de permanència dels seus integrants durant els 6 anys posteriors a la seva entrada en el programa. Els resultats obtinguts són els que es mostren a la **taula 14** i que resumim a continuació:

- **Un 40% dels usuaris segueixen rebent el SLTA sis anys després d'haver –ne iniciat l'ús.**
- **L'estada mediana dels usuaris que abandonen el programa abans de 6 anys, que representen el 60% del total de la cohort, és de 2,24 anys.** Tanmateix, com s'aprecia en la informació desagregada que es presenta a la taula, existeix una dispersió força elevada respecte d'aquest valor promig: així, si ens fixem en els extrems de la distribució, que es corresponen respectivament amb les estades de menys d'un any i les de quatre o més, es constata que cadascuna d'aquestes dues categories inclou un 20% dels usuaris que ja han abandonat el programa.
- **En un 41,8% dels casos, la mort del beneficiari és el motiu pel qual es deixa de rebre el servei.** L'estada mediana d'aquestes persones (2,3 anys) no difereix de la d'aquells que abandonen el programa per altres motius (2,2 anys), els quals, malauradament, no queden recollits a la base de dades del SLTA.
- **L'estada mediana quan incloem en el càlcul a les persones que encara romanen en el programa és de 4,2 anys, dos anys superior a l'estada mediana d'aquells que ja han abandonat el programa.** Aquesta distinció és important si del que es tracta es d'intentar predir l'evolució futura dels costos que al llarg del temps comporta oferir el servei a una cohort d'una determinada grandària. El càlcul d'aquesta despesa esperada (a sis anys vista) s'obtidria multiplicant el cost mitjà per usuari per l'esmentada estada mediana de 4,2 anys.



Taula 14: Temps de permanència i motius de baixa: cohort de 2005

Durada de l'estada	%	N casos
Estada de menys d'un any	12,7%	496
Estada 1 any	12,9%	502
Estada 2 anys	11,3%	440
Estada 3 anys	10,3%	404
Estada 4 anys o més	12,1%	473
Estada no finalitzada	40,7%	1.591
TOTAL	100%	3.913
Motiu de baixa (estades finalitzades)		
Taxa defunció (%)	41,8%	970
Total estades finalitzades		2.322
Durades medianes		
	Anys	
Estades finalitzades (mort)	2,3	
Estades finalitzades (altres motius)	2,2	
Estades finalitzades i no finalitzades	4,2	

4.6 L'ús de la TA: factors determinants

4.6.1 Estratègia general de l'anàlisi

Una qüestió crucial a l'hora d'avaluar qualsevol programa que tingui per objectiu proporcionar un determinat servei a una població diana, com ara el SLTA, és establir quins factors determinen que unes persones hi accedeixin i d'altres no. En aquest sentit, fins i tot quan existeixen criteris normatius d'accés, resulta fonamental contrastar empíricament no tants sols si aquests criteris es compleixen sinó també si, mes enllà d'aquests, hi ha d'altres variables que estan influïent sobre el procés d'entrada en el programa. El principal motiu pel qual poden existir d'altres variables que afecten l'accés és que l'ús dels serveis públics de caràcter personal, excepte quan són obligatoris, no depèn exclusivament de la voluntat del sector públic de proveir-los, sinó de que els potencials beneficiaris expressin la seva voluntat de rebre'ls. Així mateix, malgrat un determinat programa tingui explicitats criteris d'accés, són els treballadors socials els que acaben modulant la demanda en la pràctica i, per tant, poden valorar d'altres factors a més dels que estipula la normativa.



En qualsevol cas, per tal d'analitzar empíricament els factors que determinen l'accés a un determinat programa, cal disposar d'informació tant de persones que hi han accedit com d'altres que no ho han fet. De fet, l'ideal és comptar amb una mostra d'individus que potencialment podrien beneficiar-se del servei i conèixer, per a cadascun d'ells, si passat un cert temps han accedit al programa o no. Afortunadament, com ja varem comentar a l'inici del capítol, hem estat capaços de crear una base de dades que reuneix aquestes característiques. En particular, després de creuar mitjançant un identificador individual els registres de les persones entrevistades pel programa "Més a prop" (en endavant, MaP) amb els de la base de dades d'usuaris del SLTA, hem pogut disposar d'una nova base de dades que ens indica quines de les persones de MaP s'acaben convertint posteriorment en usuàries del SLTA. L'enorme riquesa dels qüestionaris del programa MaP, així com l'elevada representativitat poblacional de les grans mostres de l'enquesta, ens han permès analitzar amb rigor la influència d'un ampli conjunt de variables sobre el procés d'entrada en el programa.

4.6.2 Mostra analitzada i definició dels *outcomes*

L'aplicació pràctica de l'estratègia anterior ha exigít prendre algunes decisions amb relació a la selecció dels municipis i individus a analitzar, així com també sobre la definició dels *outcomes* (això és, com mesurar l'ús de la TA).

En primer lloc, respecte a la mostra sobre la qual realitzarem l'anàlisi, els criteris d'exclusió han estat els següents. D'una banda, s'han eliminat totes aquelles persones del programa MaP que viuen en els municipis que varen participar a la tercera onada de l'enquesta, realitzada entre l'any 2009 i el 2010, ja que en cap cas havia passat prou temps des de la realització de l'entrevista com per a convertir-se en usuaris del SLTA²³. D'altra banda, malgrat el programa MaP exigia entrevistar únicament persones que no haguessin tingut cap contacte amb els serveis socials, alguns municipis varen incloure persones que ja eren usuàries del SLTA. Tanmateix, gràcies a que disposàvem tant de la data de realització de l'entrevista com de l'inici de l'ús del SLTA, hem prescindit de tots aquells individus en què la segona data era inferior a la primera. L'aplicació d'aquests dos criteris ha suposat prescindir d'unes 7.400 de les 17.191 persones que han estat

²³ Els 33 municipis eliminats són els que no apareixen assenyalats en negreta al llistat que apareix a l'annex A.



entrevistades en les tres onades del programa MaP, amb la qual cosa la mostra final amb la que hem acabat treballant consta de 9.757 individus.

En segon lloc, pel que fa a la qüestió de com definir qui considerem usuaris del SLTA, la decisió exigia balancejar dos factors contraposats: d'una banda, quan més ampli fos el lapse de temps entre la realització de l'entrevista i el moment en que "mesuràvem" a la BDS-TA si la persona estava utilitzant SLTA, més gran seria el número de persones del programa MaP que apareixeria catalogada com usuària del SLTA; d'altra banda, en canvi, aquesta expansió en el lapse de temps implicava que la validesa de les variables contingudes a la BD-MaP (estat de salut, grau de dependència, estat civil, etc.) era cada cop menor, ja que el temps transcorregut entre el moment de la seva mesura (data de l'enquesta) i l'inici de la recepció del SLTA podia ser molt gran. Aquesta manca de validesa, òbviament, podia posar en entredit els resultats de la nostra anàlisi sobre els factors determinants de l'ús del SLTA. La nostra decisió de "compromís" ha estat fixar en 6 mesos aquest lapse de temps. Així doncs, fruit d'aquesta elecció, el que hem acabat analitzant són els factors que determinen que les persones entrevistades pel programa MaP es converteixin o no en usuàries del SLTA en els sis mesos posteriors al moment de l'entrevista. El número d'aquests usuaris ha estat de 1.192, més d'un 12% de la població participant en el programa MaP.

Les variables sobre les que analitzarem l'existència de diferències entre els usuaris i no usuaris del SLTA són múltiples i abasten tant característiques dels individus (estat de salut, estat civil, règim convivencial, etc.) com atributs del municipi de residència (grau d'envelliment, nivell de renda, existència de copagaments, etc.). El llistat complet de les variables que s'utilitzen en l'anàlisi es poden consultar a la taula 7 ²⁴. El seu contingut resulta evident en la majoria de casos, però hi ha tres variables que precisen un comentari addicional: 1) el *test de Barber* s'utilitza per detectar a persones grans en risc de convertir-se en dependents, valorant un conjunt variat d'ítems (problemes d'oïda, de visió, hospitalitzacions recents, etc.); l'indicador acaba prenent només dos valors: 1, si hi ha risc de dependència futura; 0, en cas contrari; 2) el *test de Goldberg* s'empra per

²⁴ Cal destacar que no disposem d'informació sobre el sexe dels entrevistats ni tampoc sobre la seva edat. Ara bé, pel que fa a l'edat, el requisit per participar en el programa MaP era tenir més de 80 anys, de tal manera que cal pensar que les diferències d'edat entre els enquestats seran més aviat reduïdes. D'altra banda, malgrat hagués resultat interessant disposar del sexe dels entrevistats, disposem d'informació prou àmplia sobre els factors que la literatura gerontològica ha detectat com a crucials en l'ús dels serveis socials (existència de xarxes familiars, estat de salut, grau de dependència, etc.).



detectar l'existència de símptomes d'angoixa o depressió entre els cuidadors (quan n'hi ha) de les persones grans entrevistades; i 3) el *grau de dependència* s'ha definit seguint una classificació en que es distingeixen 4 categories mútuament excloents (Casado, 2006): a) independents, b) només dependents en activitats instrumentals (AIVD), c) dependents lleus en activitats bàsiques (ABVD), i 4) dependents moderats o greus en ABVD.

4.6.3 Mètodes

Una primera aproximació a la caracterització dels determinants de l'accés al SLTA consisteix a comparar, variable a variable, les característiques d'aquells que es converteixen en usuaris d'aquest servei amb les d'aquells que no ho fan. Per exemple, per comprovar si el fet de ser home està associat a l'ús del SLTA n'hi hauria prou amb comparar el percentatge d'homes entre els usuaris i els no usuaris i, tot seguit, contrastar si la diferència resulta o no estadísticament significativa. Tanmateix, amb una anàlisi d'aquestes característiques, que rep el nom de **bivariant** ja que es comparen dues variables (per exemple sexe i ús del SLTA), no podem descartar que sigui un altre factor el que "explica" l'associació entre les dues variables analitzades: per exemple, si el SLTA es tendeix a concedir a persones amb més de 80 anys, com sembla ser el cas, és evident que hi haurà una proporció més baixa d'homes entre els usuaris de teleassistència, i no perquè el sexe sigui una variable que tingui realment un efecte, sinó perquè la variable que sí que en té (l'edat elevada) és menys freqüent entre els homes que entre les dones. Per això, tot i que en les pàgines que segueixen portarem a terme una anàlisi bivariant com el que acabem de descriure, els resultats que obtindrem han d'esser interpretats correctament, això és, en un sentit purament exploratori.

Així doncs, per tal de superar les limitacions inherents a l'anàlisi bivariant, l'altre mètode que s'ha fet servir per explorar els factors determinants de l'ús del SLTA ha estat una tècnica d'anàlisi multivariant: l'anomenat **model de regressió logística**. Aquest tipus d'anàlisi és molt útil perquè permet estimar l'associació independent entre cadascuna de les característiques dels individus i la variable d'interès (l'ús de la teleassistència), mantenint totes les altres característiques constants. Per exemple, permet determinar quin és l'efecte que el fet de ser home té sobre la probabilitat d'utilitzar el SLTA, si homes i dones fossin idèntics per a totes les altres característiques socioeconòmiques rellevants (edat, estat de salut, grandària del municipi, estatus socioeconòmic, etc.).



4.6.4 Resultats

La **taula 15** conté els resultats de l'anàlisi bivariant comentada anteriorment. Les tres primeres columnes contenen, respectivament, el valor de la variable a comparar per als individus que reben el SLTA, aquesta mateixa informació per a les persones no usuàries i, finalment, si la diferència que s'observa entre tots dos valors resulta estadísticament significativa o no. Els resultats d'aquestes tres columnes es refereixen a la totalitat de la mostra analitzada, això és, tots els individus entrevistats de la primera (2007) i segona onada (2008) del programa MaP. A seu torn, cadascuna de les altres 8 columnes que apareixen a la taula ens indiquen si, per una determinat subgrup de la població, existeixen o no diferències entre els usuaris del SLTA i aquells que no ho són. Per exemple, el subgrup que s'analitza a la quarta columna està constituït per aquelles persones que viuen en municipis amb baixa cobertura de SLTA (primer quartil) i, per tant, el que s'analitza són les diferències entre usuaris i no usuaris de la teleassistència dins d'aquest grup particular de municipis. La resta de subgrups que s'analitzen tenen a veure amb el nivell de renda municipal, l'existència de copagaments i l'any en que els individus varen ésser entrevistats (2007 o 2008).

Els principals resultats a destacar de l'anàlisi bivariant són els següents:

- **Existeixen diferències estadísticament significatives, pel que fa a les variables socio-demogràfiques, entre aquells que es converteixen en usuaris de la teleassistència i aquells que no.** En primer lloc, destaquen les diferències pel que fa a l'estat civil i el règim convivencial, amb percentatges de viduïtat i de persones que viuen soles força superiors entre aquells que acaben rebent SLTA. També el percentatge de persones amb fills és superior entre els usuaris, tot i que la diferència és de tant sols 3 punts percentuals (87% vs 84%). Finalment, pel que fa a les variables econòmiques, el percentatge de persones propietàries de la seva vivenda és lleugerament superior entre els usuaris del SLTA i, tret d'alguns intervals en particular, no semblen existir diferències entre ambdós grups pel que fa als ingressos.
- **Les variables relacionades amb l'estat de salut apareixen clarament associades a la recepció posterior del SLTA.** En general, a excepció del consum de medicaments, el risc nutricional i el risc de sobrecàrrega dels cuidadors (test de Goldberg), els usuaris de la teleassistència es caracteritzen per tenir una fragilitat major que la dels no usuaris: és superior el percentatge que declara tenir un estat de salut dolent (20% vs 15%), majors els percentatges de persones que han caigut (20%



vs 13%) i/o tenen por de caure (67% vs 51%), més persones reben com a diagnòstic del MaP realitzar una tramitació urgent als serveis socials (9% vs 4%), el 82% dels futurs usuaris de TA es troba en situació de risc segons el test de Barber front el 70% entre aquells que no utilitzaran aquest servei i, finalment, el percentatge que té un grau lleu de dependència en ABVD és també superior entre els usuaris (31% vs 24%).

- **Existeixen diferències entre els usuaris i els no usuaris de la teleassistència respecte a tres de les variables municipals analitzades: la grandària poblacional, els nivells de cobertura del servei i la renda per càpita del municipi.** En efecte, com ja varem constatar en l'anàlisi portat a terme amb dades municipals, l'associació entre l'ús del SLTA i certs atributs dels municipis queda confirmat quan s'utilitzen dades d'individus: 1) els usuaris del servei tendeixen a viure a municipis més poblats, com palesen els percentatges corresponents als intervals d'entre 1.000 i 10.000 habitants (18% dels usuaris vs 26% dels no usuaris) i de més de 20.000 habitants (57% vs 49%, respectivament); 2) el 56% d'usuaris del SLTA viuen a municipis amb alta cobertura (quartil 4) mentre que el percentatge corresponent entre els no usuaris és només del 37%; i 3) pel que fa a la renda municipal, els usuaris del SLTA viuen en major mesura que els no usuaris en municipis dels quartils 2 (48% vs 35%) i 4 (6% vs 4%), mentre que la situació és la contrària en els quartils 1 (24% vs 31%) i 3 (21% vs 29%).
- **L'exploració addicional realitzada amb subconjunts d'individus no revela diferències destacables respecte els resultats obtinguts per a la mostra general.** Així, als municipis amb copagaments s'observen en general les mateixes tendències que acabem de comentar pels municipis considerats en el seu conjunt, i el mateix és cert per als municipis sense copagaments. Tampoc s'observen diferències respecte la pauta general quan considerem per separat l'onada de l'any 2007 i la de 2008, els municipis d'alta cobertura (quartil 4) respecte els de baixa cobertura (quartil 1) ni, finalment, entre els d'elevada renda (quartil 4) front els de baixa renda municipal (quartil 1).

Tanmateix, com ja hem comentat anteriorment, tots aquests resultats de l'anàlisi bivariant cal interpretar-los en un sentit purament exploratori, ja que no es pot descartar que les associacions detectades siguin espúries, això és, hi hagi una tercera variable (p.e. viure sol) que expliqui tota la relació que s'observa entre l'ús de la teleassistència i una determinada variable (ser vidu). És per això que hem estimat un model multivariant,



anomenat lògit, que permet calcular de manera simultània l'associació pura (no mediada per terceres variables) entre cadascuna de les variables analitzades i el fet de convertir-se o no en usuari del SLTA. El model ha estat estimat utilitzant la mostra de persones que varen participar a l'enquesta MaP l'any 2008, ja que hi ha una sèrie de variables força importants (medicació, risc nutricional o grau de dependència) que només es troben disponibles per aquesta onada.

Els resultats del model lògit es mostren al **gràfic 21**. Tanmateix, atès que els resultats d'aquest tipus de model no són interpretables en termes de magnitud, al gràfic no s'hi mostren els coeficients de la regressió sinó els efectes mitjans. Aquest valor correspon a la mitjana, per a tots els individus de la mostra, de l'efecte de modificar el valor de cadascuna de les variables sobre la probabilitat predita pel model que una persona es converteixi en usuària del SLTA. En altres paraules, això vol dir que un valor d'11,8 de la variable "estat de salut dolent" significa que, de mitjana, una persona amb aquest nivell de salut té una probabilitat 11,8 punts percentuals més gran de convertir-se en usuària del SLTA que una altra persona, igual en la resta de característiques, però amb un estat de salut molt bo (categoria de referència)²⁵. El color vermell de les barres mostra que l'efecte mitjà és estadísticament significatiu, en oposició al color blanc, que representa efectes mitjans no significatius. Dit això, els principals resultats a destacar són els següents:

- **La fragilitat fa augmentar la probabilitat de rebre el SLTA mentre que el grau de dependència la fa disminuir.** Les persones que podríem anomenar fràgils tenen probabilitats superiors de rebre el SLTA; així, aquells que han caigut o tenen por de caure, els que segons el test de Barber tenen risc de convertir-se en dependents o els que tenen un estat de salut dolent, tenen probabilitats entre 2,5 i 12 punts percentuals (p.p.) més elevades d'accedir al programa que aquells en que aquests atribut no hi són presents. Tanmateix, sembla que és el risc de patir problemes de dependència, més que no pas el seu patiment efectiu, el que està associat amb la recepció del servei: en particular, respecte les persones completament independents i a igualtat en la resta de característiques, aquells amb diversos grau de dependència tenen probabilitats entre 4 i 2,5 p.p. inferiors de rebre el servei. Aquests resultats semblen

²⁵ En els grups de variables, l'efecte mitjà s'ha d'entendre sempre respecte la categoria de referència, que és la que no apareix al gràfic (per exemple, l'efecte mitjà de ser *vidu* s'ha d'entendre respecte el fet d'*estar casat*, a igualtat de totes les altres característiques. La categoria de referència es pot inferir comparant les categories que apareixen a la taula 7 amb les del gràfic 15.



assenyalar, per tant, una orientació del SLTA com un servei de caràcter més aviat preventiu (*p-mode*) i no de resposta davant d'una crisi (*r-mode*)²⁶.

- **Les variables d'oferta tenen un efecte notable sobre la probabilitat de rebre el SLTA, i les de demanda també, tot i que més limitat.** Les persones que viuen a municipis que tenen nivells de cobertura del SLTA superiors tenen, a igualtat en la resta de característiques (fragilitat, dependència, status socioeconòmic, etc), una probabilitat entre 8 i 12 p.p. més elevada de convertir-se en usuaris d'aquest servei. Aquest resultat posa de manifest que la variabilitat entre municipis en les taxes de cobertura, ja analitzades en apartats anteriors, no tenen una relació directa amb els nivells de necessitat municipals (això és, amb els percentatges de persones fràgils). D'altra banda, pel que fa als factors de demanda, es constata que el grau de coneixement previ del servei també té influència sobre la probabilitat d'ús: així, a igualtat en la resta de característiques, les persones que coneixien el SLTA tenen una probabilitat 3 p.p. superiors d'utilitzar-lo que els que no el coneixien.
- **Les variables socioeconòmiques tenen un cert efecte sobre les probabilitats d'ús.** En primer lloc, pel que fa als ingressos, emergeixen dues tendències contraposades: així, respecte aquelles persones que no tenen ingressos, les persones amb més recursos (de 1.200 a 1.400 euros/mes) tenen una probabilitat menor (- 5,4 p.p.) de convertir-se en usuàries del SLTA; al seu torn, respecte aquest mateix grup de persones sense recursos, els individus amb ingressos mitjans (600-899 euros) tenen una probabilitat 5,2 p.p superiors de ser usuaris. En segon lloc, tot i que amb una magnitud modesta, els que tenen un habitatge en propietat presenten una probabilitat d'ús 2,5 p.p superior a la dels no propietaris.

²⁶ Vegeu capítol 2 apartat 2.1



Taula 15: Anàlisi bivariant dels usuaris del SLTA usuaris que no reben SLTA

		MOSTRA GENERAL			Cobertura		Renda		Copagaments		Onada	
		Reben TA	No reben TA	Sig.	Q1	Q4	Q1	Q4	Amb	Sense	2008	2007
Estat civil	Casat	0,41	0,45	*					*			*
	Vidu	0,54	0,50	*					*			*
	Solter i altres	0,05	0,06									
Règim de convivència	Sol	0,33	0,22	*	*	*		*	*	*		*
	Parella	0,43	0,45									*
	Amb fills	0,19	0,27	*	*	*	*	*	*	*		*
	Altres	0,05	0,06								*	
Ingressos	Cap ingrés propi	0,06	0,05									
	Menys de 300 €	0,02	0,02					*				
	De 300 a 599 €	0,49	0,48									
	De 600 a 899 €	0,25	0,20	*					*		*	*
	De 900 a 1199 €	0,06	0,08									
	De 1200 a 1400 €	0,01	0,03	*	*	*	*	*	*		*	
	Més de 1400 €	0,02	0,03		*	*		*				
	NS/NC	0,08	0,12	*		*		*				*
Habitatge propi	Habitatge propi	0,72	0,68	*		*	*		*	*	*	
Té fills	Té fills	0,87	0,84	*		*			*			*
Grandària municipal	Fins a 1.000 hab.	0,02	0,02		n.d.		n.d.	n.d.				
	de 1.001 a 10.000 hab.	0,18	0,26	*			*			*	*	*
	de 10.001 a 20.000 hab.	0,24	0,23								*	*
	Més de 20.000 hab.	0,57	0,49	*	n.d.		*	n.d.		*	*	
Cobertura SLTA (% usuaris sobre la població amb 80 anys o més)	Quartil 1	0,03	0,12	*	n.d.	n.d.	*	n.d.	*	*	*	*
	Quartil 2	0,15	0,21	*	n.d.	n.d.	*	n.d.		*		*
	Quartil 3	0,25	0,30	*	n.d.	n.d.	*			*	*	
	Quartil 4	0,56	0,37	*	n.d.	n.d.			*	*	*	*

Un asterisc denota que la diferència resulta estadísticament significativa (p-valor < 0,05).



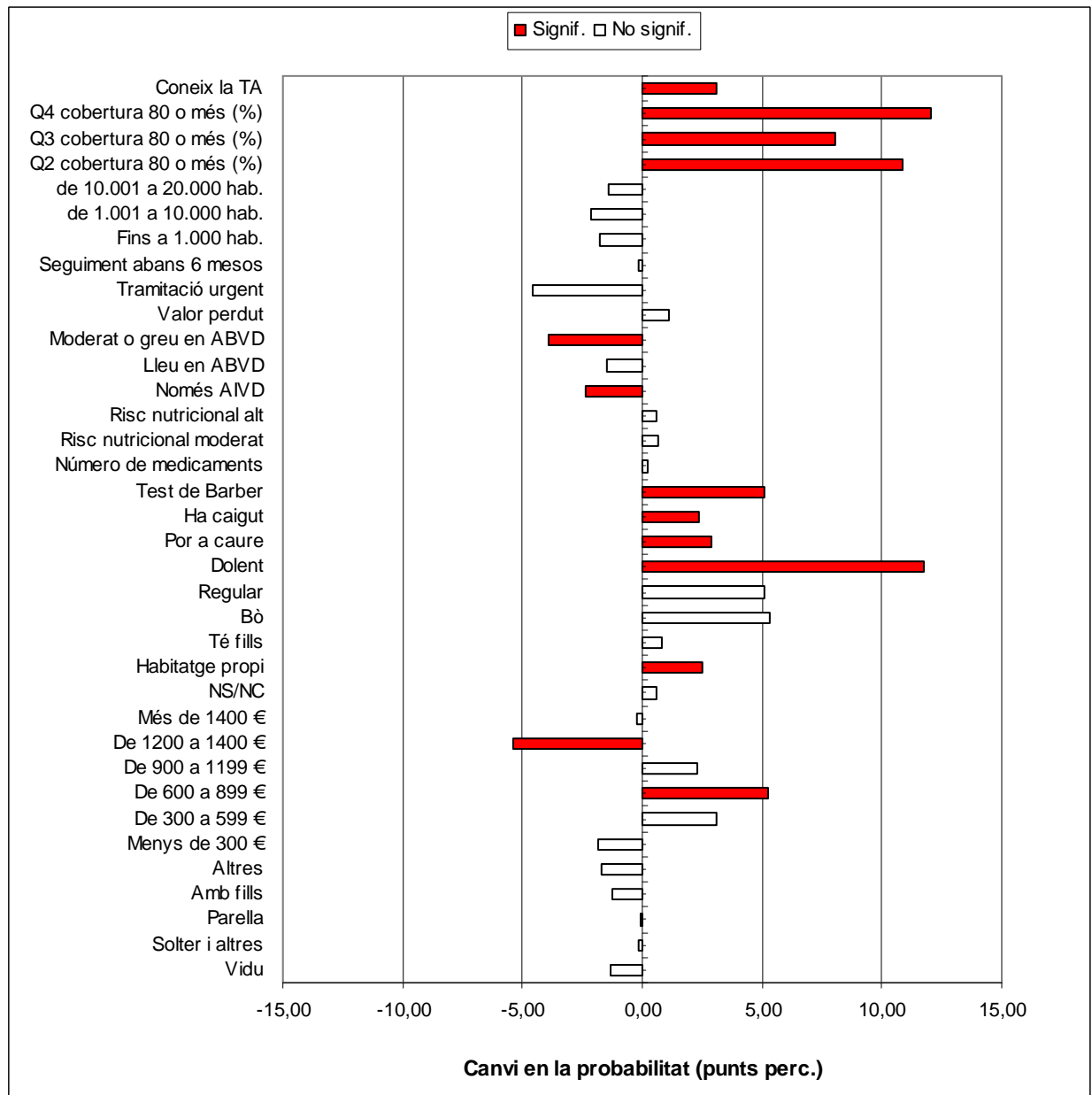
Taula 16: Anàlisi bivariant dels usuaris del SLTA usuaris que no reben SLTA (continuació)

		MOSTRA GENERAL			Cobertura		Renda		Copagaments		Onada	
		Reben TA	No reben TA	Sig.	Q1	Q4	Q1	Q4	Amb	Sense	2008	2007
Renda municipal	Quartil 1	0,24	0,31	*	*	*	n.d.	n.d.		*	*	*
	Quartil 2	0,48	0,35	*		*	n.d.	n.d.		*	*	*
	Quartil 3	0,21	0,29	*		*	n.d.	n.d.		*	*	*
	Quartil 4	0,06	0,04	*	n.d.		n.d.	n.d.	*			*
Estat de salut	Molt bo	0,03	0,06	*	*	*		*	*	*	*	*
	Bo	0,35	0,40	*		*	*			*	*	
	Regular	0,41	0,39							*		
	Dolent	0,20	0,15	*		*	*	*	*		*	
Por a caure	Por a caure	0,67	0,51	*		*	*		*	*	*	*
Ha caigut	Ha caigut	0,20	0,13	*		*	*		*		*	
Test de Barber	Test de Barber	0,82	0,70	*		*	*	*	*	*	*	*
Recomanació serveis socials	Tramitació urgent	0,09	0,04	*		*	*			*	*	*
	Seguiment abans 6 mesos	0,23	0,18	*		*				*	*	*
	Seguiment abans 12 mesos	0,69	0,79	*		*				*		*
	Número de medicaments	2,38	2,39					n.d.				nd
Risc nutricional	Sense risc nutricional	0,53	0,57					n.d.		*		nd
	Risc nutricional moderat	0,33	0,31					n.d.		*		nd
	Risc nutricional alt	0,13	0,12					n.d.		*		nd
Grau de dependència	Independent	0,25	0,29					n.d.		*		nd
	Només AIVD	0,18	0,20			*		n.d.				nd
	Lleu en ABVD	0,31	0,24	*		*		n.d.		*	*	nd
	Moderat o greu en ABVD	0,08	0,09					n.d.				nd
	Valor perdut	0,19	0,17					n.d.				nd
Test de Goldberg	Test de Goldberg	0,07	0,07		*			n.d.				nd

Un asterisc denota que la diferència resulta estadísticament significativa (p-valor < 0,05).



Gràfic 21: Anàlisi multivariant (Lògit): probabilitat de convertir-se en usuari del SLTA*



* Les categories de referència són: Q1 cobertura 80 o més (%), Més de 20.000 habitants, Seguiment abans de 12 mesos, Independent, Sense risc nutricional, Estat de salut "molt bò", cap ingrés propi, viure sol, estat civil "casat".



4.7 L'impacte de la TA sobre l'ús d'altres serveis socials

4.7.1 Definició d'impacte i estratègia d'anàlisi

Avaluar l'impacte de qualsevol programa consisteix a esbrinar en quina mesura s'han produït canvis en els *outcomes* (això és, les variables que es pretenen millorar, com ara el temps de permanència a casa de les persones grans), i si aquests canvis es poden atribuir causalment a la nostra intervenció. En altres paraules, es tracta de comparar els *outcomes* dels agents que han participat en el programa respecte dels que haurien assolit en cas de no haver-hi participat (l'anomenat contrafactual). En aquest sentit, davant la impossibilitat que les mateixes persones participin i no participin en un programa simultàniament, aquesta relació causal s'infereix comparant els *outcomes* d'un conjunt d'agents que hi participa (grup de tractament) amb els d'un altre que no ho fa (grup de comparació).

En el cas del SLTA, com va posar de manifest la revisió de la literatura internacional, un aspecte crític pel que fa als impactes que es pretenen assolir mitjançant aquest tipus de servei és la reducció de les taxes d'institucionització de les persones grans. En particular, en dotar d'una major viabilitat a l'alternativa de seguir vivint a casa, l'expectativa és que la teleassistència permeti retardar l'ingrés en una residència d'alguns dels beneficiaris. Així mateix, a parer nostre, resulta igualment interessant analitzar si la recepció de SLTA té efectes sobre l'ús posterior d'altres serveis socials, com ara l'ajuda domiciliària o els centres de dia. El mecanisme subjacent per a esperar efectes sobre aquests serveis seria semblant al de l'ús de residències: això és, un alentiment del procés de deteriorament físic i cognitiu que, per tant, alteraria les pautes d'utilització d'aquests altres serveis més intensius que el SLTA.

Així doncs, amb el propòsit de respondre les qüestions anteriors, varem dissenyar una estratègia avaluativa que intentava treure el màxim suc possible de totes les bases de dades a què havíem tingut accés. En particular, per tal de definir el grup de comparació que necessitàvem i poder avaluar l'impacte del SLTA, varem seguir un procediment que constava de dos passos. En primer lloc, fruit de l'enllaç entre la base de dades del programa MaP i la d'usuaris del SLTA, disposàvem d'una nova base de dades on definir el grup de tractament i el de control resultava relativament senzill: el primer estaria



composat per aquelles persones entrevistades pel MaP que haguessin accedit, durant els 6 mesos posteriors a l'entrevista, a l'atenció que ofereix el SLTA; en canvi, pel que fa al grup de comparació, podrien formar-ne part tots aquells entrevistats que no haguessin accedit al SLTA durant el període de temps referit. En segon lloc, per poder contrastar l'existència de diferències entre ambdós grups pel que fa a l'ús posterior dels serveis referits (residències, centres de dia, etc.), varem optar per recórrer a una tercera base de dades: el XISSAP. En concret, per al conjunt d'individus identificats en el punt anterior, ja fossin del grup de tractament o del de control, varem demanar als responsables del XISSAP que ens indiquessin si havien utilitzat en algun moment els serveis mencionats i, si era el cas, la data exacta en que es va iniciar la utilització.

L'enorme riquesa de les variables contingudes a l'enquesta MaP (estat de salut, dependència, règim convivencial, renda, etc.) ens feia ser optimistes sobre les possibilitats d'adreçar correctament el principal repte a què s'enfronta una avaluació d'impacte: l'anomenat biaix de selecció. Aquest fenomen es produeix quan existeixen diferències entre el grup de participants i el de no participants en variables que afecten els *outcomes* d'interès i, per tant, part de les diferències en els *outcomes* poden estar causades per aquestes diferències prèvies i no pel programa. En el nostre cas, si l'estat de salut dels usuaris del SLTA és pitjor que el de no usuaris, la comparació entre ambdós grups pot donar com a resultat que el fet de rebre el servei fa augmentar les probabilitats d'acabar en una residència; ara bé, aquest resultat no tindria a veure amb el fet d'haver rebut el SLTA, sinó amb el pitjor estat de salut inicial dels usuaris d'aquest servei. Afortunadament, en la mesura que l'enquesta ens proporcionava molta informació basal (anterior a la recepció del servei) tant del grup de tractament com del de control, podíem utilitzar un seguit de tècniques estadístiques que permeten mitigar al màxim l'amenaça del biaix de selecció.

4.7.2 Problemes amb les dades del XISSAP

Abans de disposar de la base de dades del XISSAP, quan discutíem amb els responsables del SLTA de la DIBA sobre l'orientació de l'avaluació d'impacte, se'ns va advertir que l'esmentat aplicatiu s'utilitzava de forma desigual en els municipis de la província. Per aquest motiu, quan varem creuar les tres bases de dades entre si, la primera prova de consistència que varem aplicar va consistir a intentar identificar els municipis que no utilitzaven el XISSAP (o, si més no, no l'utilitzaven per deixar constància



de l'ús dels diferents tipus de serveis). En concret, donat que gràcies a la base de dades d'usuaris del SLTA coneixíem del cert el número real de beneficiaris de cada municipi, varem analitzar quins municipis enregistraven aquesta informació i quins no: dels 58 municipis participants en el programa MaP, n'hi havia 21 que no reportaven cap usuari del SLTA al XISSAP, malgrat nosaltres sabíem del cert que en tots ells hi havia entrevistats que posteriorment s'havien convertit en usuaris del SLTA. Així doncs, per tal que les persones residents en aquests municipis no esbiaixessin els nostres resultats d'impacte, varem procedir a la seva eliminació de la mostra: Així, si la mostra original que havíem utilitzat prèviament per analitzar els determinants de l'ús del SLTA constava d'informació sobre més de 9.700 persones i 58 municipis, la mostra després de l'esmentada supressió només contenia informació sobre uns 5.700 individus i 37 municipis. Així mateix, dels 5.738 individus, 597 havien rebut teleassistència en els 6 mesos posteriors a l'entrevista MaP (grup de tractament) i 5.141 no (grup de comparació).

Els problemes més seriosos, tanmateix, varen aparèixer quan varem computar l'ús que aquestes 5.700 persones havien fet, segons el XISSAP, dels serveis socials en els quals estàvem interessats. Els resultats, força decebedors, són els que es mostren a la taula 17.

Taula 17: Identificacions en el XISSAP dels Usuaris del SLTA i dels no Usuaris del SLTA

	Usuaris TA (N=597)		NO Usuaris TA (N=5.141)	
Usuaris	n	%	n	%
At. domic.	37	6,2%	110	2,1%
Centre de dia (CD)	2	0,3%	14	0,3%
Residència (Re)	5	0,8%	21	0,4%

Les xifres anteriors posen de manifest que, tot i utilitzar el XISSAP, la taxa de complementació per part dels 37 municipis inclosos en l'anàlisi és molt baixa. En general, tot i que caldria profunditzar en les causes del baix ús, sembla que el major número de casos que apareixen reportats corresponen a l'atenció domiciliària, probablement perquè es tracta d'una competència municipal (a diferència dels centres de dia i les residències, que són responsabilitat de la Generalitat de Catalunya). En qualsevol cas, tot i que aquestes limitacions desaconsellen realitzar qualsevol avaluació d'impacte, hem considerat oportú estimar temptativament l'efecte de la recepció del SLTA sobre l'ús de



l'ajuda a domicili. El proper apartat explica la metodologia utilitzada i els resultats obtinguts.

4.7.3 L'impacte sobre els serveis d'ajuda a domicili: uns primers resultats

La comparació entre les taxes d'utilització dels SAD per part dels usuaris de la teleassistència respecte els no usuaris es podria interpretar, en un primer cop d'ull, com una prova de que la teleassistència té un efecte positiu sobre l'ús posterior de l'atenció domiciliària. En concret, el 6,2% dels usuaris del SLTA varen utilitzar amb posterioritat el SAD front un 2,1% en el cas dels no usuaris de la teleassistència (a més, aquesta diferència resulta estadísticament significativa). Tanmateix, tal com s'ha explicat anteriorment, aquesta comparació crua entre ambdós grups està sotmesa a l'amenaça del que hem anomenat biaix de selecció. Així, si hi ha diferències prèvies entre els dos grups (estat de salut, dependència, règim convivencial, etc) que poden afectar tant a la probabilitat de rebre SLTA com SAD, l'impacte estimat pot ser el resultat de que els dos grups són diferents i no pas del fet que un d'ells ha rebut teleassistència i l'altre no.

Així doncs, per tal de realitzar una comparació legítima entre els dos grups, i poder estimar sense biaixos l'impacte del SLTA, hem fet servir l'anomenada tècnica del *matching* per construir un grup de comparació (no usuaris de la TA) el més semblant possible al grup de tractament (usuaris de la TA)²⁷. En concret, com havíem mencionat anteriorment, la semblança s'ha exigít per a totes i cadascuna de les variables contingudes a l'enquesta MaP (estat de salut, grau de dependència, règim convivencial, cobertura del municipi, etc.)²⁸.

Així doncs, després d'aplicar la tècnica del *matching*, hem acabat comparant 262 persones que havien rebut SLTA amb 262 persones que no n'havien rebut, amb la peculiaritat que els dos conjunts d'individus són exactament idèntics en termes de les variables esmentades anteriorment. Els resultats assenyalen que la taxa d'ús del SAD entre aquells que prèviament havien rebut SLTA va ser del 3,8% i del 2,3% entre els no usuaris de la teleassistència, tot i que la diferència no resulta estadísticament significativa.

²⁷ Vegeu l'annex B per a una breu descripció del *matching*, així com d'altres tècniques que s'empren per avaluar l'impacte de programes i polítiques públiques.

²⁸ El llistat complet de variables es pot consultar a la taula 7, unes pàgines més amunt.



4.8 Síntesi final

Abast de la cobertura i evolució temporal

- La cobertura ha augmentat de manera notable entre els anys 2006 i 2010, amb independència de la grandària poblacional dels municipis.
- Existeix una elevada dispersió pel que fa a les ràtios de cobertura.
- Les cobertures dels municipis més petits resulten força volàtils i, per tant, no és possible establir tendències temporals.

Convergeixen les taxes de cobertura entre municipis?

- L'evolució de les taxes de cobertura a llarg del temps mostra casos tant de convergència com de divergència, amb independència de la grandària poblacional dels municipis.
- Tanmateix, malgrat no s'observa una convergència generalitzada pel que fa a les taxes de cobertura, la pràctica totalitat de municipis han vist incrementades les seves ràtios en termes absoluts.
- La inexistència d'una tendència generalitzada a la convergència ens indica, indirectament, l'absència d'una política d'equilibri territorial clar per part de la DIBA.

Els determinants de la cobertura

- Les diferències entre els municipis en les taxes de cobertura de la teleassistència no semblen tenir cap relació amb la renda mitjana dels seus habitants.
- En canvi, pel que fa a la relació entre les taxes de cobertura i el grau d'envelliment, les dades suggereixen l'existència d'una moderada associació negativa entre ambdues variables.



Els municipis amb copagament del servei

- Les dades disponibles sobre els copagaments són força limitades ja que només es disposa d'una mostra reduïda de municipis, d'informació dicotòmica sobre els copagaments (en tenen o no) i sense l'any en què es varen iniciar.
- L'ús dels copagaments és limitat entre els municipis de la província: així, entre els municipis per als quals es disposa d'informació (76%), només el 33,8% utilitza copagaments per finançar el SLTA.
- La única variable que sembla estar associada a l'existència de copagaments és la renda dels municipis, tot i que l'associació no resulta estadísticament significativa.

Evolució dels usuaris i llurs característiques

- La majoria de les persones que varen entrar en el programa l'any 2006 vivien sols (prop del 60 %), tenien més de 80 anys (prop del 60 %), eren usuaris del tipus A (87 %), completament autònoms (48,4 %) i vivien en municipis grans (58,8 %)
- Si comparem les característiques de la cohort del 2006 amb la de 2010, afloren algunes diferències importants: el pes dels beneficiaris que viuen sols cau en més de 15 punts, es constata un increment dels usuaris tipus B (del 8% al 15%) i s'observa un increment de més de 6 punts percentuals del percentatge de persones completament autònomes.
- Les característiques de les prop de 58.000 persones que utilitzaven el SLTA a finals de 2010 són les següents: els prop de 58.000 beneficiaris del servei són en la seva majoria persones que viuen soles (51,6%), amb més de 80 anys (54%), dones (75%), usuaris tipus A (85%), completament autònomes (53,8%) i residents en municipis de més de 20.000 habitants.

Temps de permanència i tipus de sortida

- Un 40% dels usuaris que varen iniciar l'ús del SLTA l'any 2005 el segueixen rebent sis anys després.
- Els usuaris de la cohort de 2005 que varen abandonar el programa abans de 6 anys, els quals representen el 60% del total, tenen una estada mediana de 2,3 anys.
- Tanmateix, quan incloem en el càlcul a les persones que encara romanen en el programa, l'estada mediana és de 4,2 anys.



L'ús de la TA: factors determinants

- La fragilitat de la persona gran (por a caure, pobre estat de salut, etc.) fa augmentar la probabilitat de rebre el SLTA mentre que el grau de dependència la fa disminuir.
- Les variables d'oferta tenen un efecte notable sobre la probabilitat de rebre el SLTA, i les de demanda també, tot i que més limitat.
- Les variables socioeconòmiques tenen un cert efecte sobre les probabilitats d'ús.

L'impacte de la TA sobre l'ús d'altres serveis socials

- L'impacte d'un programa es determina comparant els *outcomes* d'un conjunt d'agents que hi participa (grup de tractament) amb els d'un altre que no ho fa (grup de comparació). En el cas del SLTA, malgrat ha estat possible construir un grup de tractament i un altre de comparació, la limitada informació disponible a la base de dades del XISSAP sobre els *outcomes* d'interés, com ara l'ús de residències o de centres de dia, ha fet impossible avaluar l'impacte del SLTA sobre aquestes variables.
- Tanmateix, uns primers resultats amb la poca informació disponible assenyalen que la taxa d'ús de l'ajuda domiciliària entre aquells que prèviament havien rebut SLTA va ser del 3,8% front el 2,3% entre els no usuaris, tot i que aquesta diferència no resulta estadísticament significativa.



5. Conclusions i recomanacions

Aquest darrer capítol recull els principals resultats obtinguts de l'anàlisi portat a terme del programa, mitjançant tècniques tant quantitatives com qualitatives, tot suggerint també algunes recomanacions que considerem contribuirien a millorar el procés d'implementació del SLTA i l'assoliment dels objectius que es persegueixen.

5.1 El grau de cobertura

- L'anàlisi quantitatiu ha posat de manifest dues realitats pel que fa a l'abast de la cobertura del SLTA en els diversos municipis de la província del Barcelona: d'una banda, la importantíssima expansió del servei en els darrers 5 anys, de tal manera que tots els municipis han vist incrementades llurs cobertures (en promig, s'han multiplicat per tres entre el 2006 i el 2010); i, d'altra banda, les importants diferències que existeixen entre municipis pel que fa a les taxes de cobertura, que s'han mantingut malgrat l'expansió dels darrers anys.
- Tanmateix, segons es desprèn de l'anàlisi qualitativa, l'any 2011 s'ha intentat reduir el ritme d'expansió del programa posant topalls al número de terminals ofertades per aquells municipis amb cobertures superiors al 12%²⁹. La imposició d'aquestes limitacions ha generat un cert malestar entre els treballadors socials dels ajuntament, que han vist reduïda la seva capacitat de decidir sobre l'assignació del recurs a la gent que el demanda.
- En qualsevol cas, a parer nostre, la discussió sobre els graus de cobertura municipals i l'establiment de topalls es troba força desenfocada. El càlcul d'un índex de cobertura, si es que volen contribuir a millorar l'efectivitat d'un servei, s'ha de dur a terme utilitzant com a denominador la població necessitada del servei. En aquest sentit, tal i com s'argumentarà més endavant, la població diana rellevant es troba constituïda per un subconjunt de persones grans que tenen uns atributs particulars (viure sols, tenir certa fragilitat, etc). La pregunta rellevant, en termes de cobertura, és

²⁹ Degut a una aportació pressupostària menor de les administracions participants, s'ha moderat el creixement del servei en els darrers anys. En aquest sentit, s'ha pres com a referència els nivells de cobertura exposats per la Generalitat de Catalunya al seu Pla Estratègic de Serveis Socials 2011-2013 (10,39% de cobertura per al 2011 i 13% de cobertura per al 2013), per la qual cosa la Diputació de Barcelona ha establert un llindar de cobertura del servei del 12%.



analitzar quantes d'aquestes persones reben un servei que necessiten i, més important encara, quantes d'aquestes persones no el reben (necessitats no cobertes). Les ràtios de cobertura a l'ús, inclosos els d'aquest estudi, fan abstracció d'aquesta complexitat i es limiten a utilitzar en el denominador les persones de més de 65 anys que viuen al municipi (donant lloc a taxes de cobertura que poden definir-se com simples).

- Les diferències en aquestes taxes de cobertura (simples) entre municipis són de tal magnitud que, des d'una perspectiva epidemiològica, resulta poc plausible pensar que puguin tenir com a origen fonamental les diferències de necessitat entre els municipis. En el fons, aquestes taxes de cobertura són el resultat d'un procés complex en el qual interactuen la disponibilitat de terminals, la demanda espontània que realitzen els ciutadans, o les decisions designatives que realitzen els treballadors socials, entre altres factors. Des d'aquesta nova perspectiva, per tant, utilitzar com a límit el 12% per a establir topalls en el número de terminals resulta força arbitrari, com també ho és pensar que taxes de cobertura (simples) més elevades són sempre preferibles a taxes més baixes.

Recomanacions

- Evitar utilitzar ràtios de cobertura simples per assignar els recursos entre els municipis i avançar en la construcció d'indicadors on es capturi, realment, fins a quin punt la oferta de terminals a cada municipi permet minimitzar l'existència de persones amb necessitats no cobertes.
- La construcció d'aquests indicadors podria abordar-se amb la generalització de l'enquesta 'Més a Prop' a més municipis, tot i que caldria introduir alguns canvis que detallarem més endavant. Així mateix, en la mesura que els centres de salut són un recurs que visita la pràctica totalitat de persones grans, caldria explorar la possibilitat d'establir vincles entre els registres dels ajuntaments (Padró, XISSAP, etc.) amb els sistemes d'informació de l'atenció primària per tal de detectar l'existència de necessitats no ateses.
- En qualsevol cas, mentre es desenvolupen aquests indicadors de cobertura de "segona generació", tindria sentit mirar de compensar els excessos d'oferta i de demanda que es produeixen entre municipis limítrofs, segons es desprèn de les



opinions d'alguns dels informants que hem entrevistat. En aquest sentit, un possible mecanisme a explorar seria establir un "mercat" en el que els excedents i els dèficits entre municipis poguessin compensar-se entre si. La DIBA, en la mesura que cofinancia una part molt important del SLTA, es troba en una situació immillorable per tractar d'introduir aquestes millores en les cobertures municipals d'aquest servei.

5.2 La població diana

- La revisió portada a terme de la literatura internacional ens indica que la teleassistència resulta cost-efectiva (això és, retarda l'ús d'altres serveis més intensius, com ara el SAD, els centres de dia o les residències) quan es proporciona a persones que conserven un grau considerable d'autonomia. En aquest sentit, és la vessant preventiva de la teleassistència la que cal potenciar, més que no pas la concepció del servei com un dispositiu de resposta davant d'una situació de crisi.
- Els resultats de l'anàlisi qualitativa ens mostren que, en general, els professionals implicats en la gestió i provisió del SLTA tenen clar el perfil idoni de l'usuari d'aquest tipus de servei: una persona gran de més de 80 anys, que viu sola però que la seva salut és encara prou bona com per valdre's per si mateixa. També en el nostre entorn, per tant, preval una visió de la teleassistència com un mecanisme d'intervenció de caràcter preventiu.
- De fet, tot i que hi ha d'altres factors que influeixen sobre la probabilitat de convertir-se en usuari del SLTA, com ara la taxa de cobertura del municipi on es viu, els resultats de l'anàlisi quantitativa també revelen que, en la pràctica, el fet de convertir-se en beneficiari del programa és més probable entre aquells que han caigut o tenen por de caure, entre els que tenen risc de convertir-se en dependents o entre els que tenen un estat de salut dolent; en canvi, respecte les persones completament independents, aquells amb diversos graus de dependència tenen probabilitats inferiors de convertir-se en usuaris del SLTA.
- No obstant això, malgrat els factors esmentats semblen haver guiat el procés d'assignació del servei per part dels treballadors socials dels ajuntaments, l'anàlisi qualitativa ha posat de relleu que, en realitat, la pràctica totalitat de persones que sol·licitaven el servei l'acabaven rebent. En els darrers temps, tanmateix, hi ha dos



fenòmens que a parer dels entrevistats han provocat un “enduriment” en les condicions d'accés al programa: d'una banda, l'establiment de topalls per aquells municipis amb major cobertura (12% o més) respecte el número de terminals ofertes ha obligat als treballadors socials a prioritzar de manera més intensa, i utilitzar amb més profusió els criteris suggerits per la DIBA; d'altra banda, cada cop més persones amb un grau de dependència reconegut per l'SCAAD s'apropen als serveis socials municipals, sol·licitant rebre SLTA, la qual cosa disminueix les possibilitats d'atorgar aquest servei a persones amb un major grau d'autonomia personal.

Recomanacions

- La necessitat d'imposar criteris de prioritació explícits son bones notícies, sempre i quan s'acabi donant prioritat a les persones que poden beneficiar-se en major grau de l'ús del servei, és a dir, a aquelles que tinguin el perfil idoni. Ara bé, els criteris actuals de prioritació que la DIBA ha suggerit resulten massa genèrics i, com reconeixen els propis treballadors socials, permeten un marge de discrecionalitat molt elevat. Per això, recomanem basar l'elaboració dels perfils idonis d'usuaris a partir dels resultats d'avaluacions d'impacte rigoroses, avui inexistents, ja que el que aquests estudis aportarien seria evidència empírica sobre els efectes del SLTA per a grups diferents d'individus.
- A l'espera d'obtenir els resultats d'aquestes avaluacions d'impacte, que es podrien estimular seguint certes directrius que es detallen més endavant, suggerim mantenir la orientació actual de prioritzar aquelles persones que viuen soles, tenen un cert risc d'esdevenir dependents, però que encara preserven un grau d'autonomia elevat. Així mateix, tal i com passa a Alemanya, es podria explorar incloure en el procediment de concessió del servei l'exigència a l'usuari d'argumentar com la teleassistència millorarà la seva qualitat de vida.
- En principi, si es conceptualitza la població diana en els termes que ho hem fet aquí, la qüestió de com encabir les demandes dels dependents amb grau reconegut no planteja massa problemes: caldrà prioritzar-ne l'accés si, i només si, reuneixen els requisits que caracteritzen els usuaris idonis del SLTA. Aquesta idoneïtat pot incloure, com discutirem més endavant, persones amb una dependència elevada per a les que la teleassistència esdevé un complement a



la recepció d'altres serveis. El que resulta difícil de justificar, si més no des d'una perspectiva tècnica, és la concessió del SLTA a les persones cobertes per l'SCAAD simplement perquè existeix la percepció que cal oferir-los algun tipus de servei que complementi a la prestació econòmica per cuidador no professional, alternativa triada actualment pel 60% de la població dependent coberta pel nou sistema. Allò que realment exigeix la Llei de Dependència, al nostre entendre, és la necessitat de proporcionar una atenció cost-efectiva a la població dependent.

5.3 El temps d'ús del servei

- L'anàlisi quantitativa ha posat de manifest l'existència de trajectòries d'ús del servei força dilatades en el temps. Així, si ens fixem en la cohort d'usuaris que varen començar a utilitzar el SLTA l'any 2005, un 40% encara el continua fent servir 6 anys després. Les dades disponibles no permeten analitzar fins a quin punt algunes d'aquestes estades, o d'altres que varen acabar abans, resulten innecessàriament llargues o no.
- Tanmateix, segons es desprèn dels resultats de l'anàlisi qualitativa, els entrevistats reporten l'existència d'aquest tipus d'estades; més concretament, assenyalen que hi ha usuaris que segueixen rebent el servei però no en treuen el màxim profit, ja que, fruit de canvis en l'estat de salut i/o pèrdua d'autonomia, han deixat de viure sols o estan la major part del temps acompanyat, tornant-se menys necessari l'ús del SLTA.
- En temps de restriccions com els actuals, on fins i tot alguns municipis han imposat topalls en la oferta de terminals que han generat llistes d'espera, un dels mecanismes més obvis per reduir-ne el seu abast és, precisament, minimitzar el número d'estades innecessàriament llargues. Tanmateix, per tal d'explorar aquesta alternativa cal, òbviament, disposar de mesures fiables sobre la seva extensió.

Recomanacions

- Podria posar-se en marxa una prova pilot per tal de testar les possibilitats de desenvolupar un sistema d'audits aleatoris d'alguns dels usuaris, amb l'objectiu de detectar estades innecessàriament llargues, però més important encara, establir els incentius adequats a l'empresa proveïdora per tal de reportar



aquests casos. Actualment, donat que els treballadors socials estan sobrecarregats de feina i no poden fer un seguiment continu dels usuaris, deleguen aquesta funció en Televida i, en general, valoren positivament el resultat. Ara bé, si l'únic sentinella de la idoneïtat pel que fa a la continuïtat del servei n'és a l'hora el proveïdor, poden existir incentius a no reportar els casos d'estades innecessàriament llargues que, de fet, són les menys costoses. Un sistema d'audits aleatoris permetria, al nostre entendre, fer aflorar aquests casos a un cost mínim: d'una banda, en tractar-se d'un procediment aleatori, n'hi hauria prou amb auditar un número limitat de casos per municipi, fent més plausible la possibilitat de que els treballadors socials de l'ajuntament se n'ocupessin; d'altra banda, si s'imposés un règim de petites sancions a l'empresa en cas que els audits detectessin estades inadequades, l'empresa tindria incentius per reportar la conveniència de donar de baixa aquests casos.

- Els copagaments podrien esdevenir un mecanisme alternatiu que podria aconseguir, entre altres objectius, reduir l'abast de les estades innecessàriament llargues. En aquest sentit, els incentius no operen sobre l'oferent com en el cas dels audits, sinó sobre els usuaris: en concret, si un usuari ja no treu profit del SLTA perquè les seves condicions han canviat, però realitza aportacions mensuals per al seu manteniment, és més probable que sol·liciti la baixa del servei que si no paga res. De fet, segons alguns dels treballadors socials entrevistats, aquestes diferències ja s'observen actualment entre municipis amb i sense copagaments.

5.4 El paper dels copagaments

- L'anàlisi qualitativa mostra que alguns treballadors socials veuen en els copagaments una via per fer disminuir les llistes d'espera, ja que el major finançament que es produiria permetria expandir el recurs sense haver de recórrer a l'establiment dels topalls actuals sobre el número de terminals o, si més no, reduir-ne l'ús. D'altra banda, també a parer dels treballadors socials, caldria que els copagaments estiguessin modulats per renda per estimular que les persones amb més recursos optin per serveis privats i, d'aquesta manera, descongestionar el servei públic de teleassistència.



- Malauradament, donada l'escassetat de dades al respecte, la nostra anàlisi quantitativa dels copagaments s'ha limitat tan sols a intentar determinar, d'una banda, l'abast de l'existència de municipis amb copagaments en funció de quatre intervals de grandària municipal i, d'altra banda, el grau d'associació entre el fet de tenir o no copagaments i certs atributs municipals, com ara el nivell de renda, el grau d'envelliment del municipi o el grau de cobertura del SLTA.
- L'existència de copagaments per a finançar els SLTA ja constitueix una realitat al nostre entorn, com palesa el fet que vàries desenes de municipis de Barcelona els apliquin, i és la tònica general a la majoria dels països del nostre entorn (Holanda, Regne Unit, Suècia, etc.). En un moment de crisi com l'actual, amb restriccions importants pel que fa a la disponibilitat de fons públics, cal explorar mecanismes de finançament alternatius, com ara els copagaments, mitjançant un debat sense apriorismes i basat en anàlisis empíriques rigoroses. En aquest sentit, el model de copagament propi de la DIBA, desenvolupat l'any 2010 i actualment en ús a 14 municipis de la província, constitueix un punt de partida d'especial interès³⁰.

Recomanacions

- L'anàlisi dels possibles efectes dels sistemes de copagament exigeix, en qualsevol cas, millorar la quantitat i la qualitat de la informació actualment disponible sobre aquells municipis que ja els apliquen. En particular, seria molt important conèixer els detalls dels esquemes aplicats en cada cas, com ara la seva quantia, l'establiment d'exempcions, el seu poder recaptatori, etc., ja que són aquests atributs els que determinen els possibles efectes dels copagaments sobre l'ús del servei.
- A priori, des d'una perspectiva teòrica, l'establiment de copagaments té avantatges (per exemple, desincentivar demanda innecessària) i inconvenients (per exemple, deixar sense cobertura determinats col·lectius). Ara bé, com acabem d'assenyalar, són els detalls de cada sistema de copagaments els que acabaran determinant, en la pràctica, que els efectes positius dominin sobre el

³⁰ Una descripció breu de l'esmentat model de copagament es pot trobar a: <http://www.diba.cat/web/benestar/dependencia/copagament>



negatius o viceversa. En aquest sentit, la diversitat existent pel que fa als esquemes de copagament existents a nivell municipal (incloent la seva absència), així com l'elevada homogeneïtat pel que fa a la implementació del SLTA, constitueix un "experiment natural" que permet valorar-ne els impactes de manera força rigorosa.

- Els resultats d'aquestes anàlisis haurien de conduir, a parer nostre, a una certa homogeneïtzació entre els municipis en l'ús dels esquemes de copagament, però no com a resultat de l'establiment de cap protocol general, problemàtic d'instaurar sent la teleassistència una competència local, sinó per disposar els ajuntaments d'evidències empíriques sobre les característiques dels copagaments que tenen millors resultats. LA DIBA es troba en molt bona situació per liderar la realització d'aquests estudis i de promoure la seva difusió entre els municipis.
- Aprofundir en el desenvolupament territorial del model de copagament propi de la DIBA i en l'anàlisi dels seus efectes.

5.5 La relació amb altres serveis

- Existeixen visions contraposades sobre aquest punt, segons revela l'anàlisi qualitativa portada a terme. D'una banda, hi ha qui veu entre les potencialitats del SLTA la d'actuar com a sentinella dels canvis en l'estat dels individus, i proveir així informació sobre el moment en que cal començar a donar entrada a d'altres serveis (ajuda a domicili, unes hores al centre de dia); des d'aqueta perspectiva, per tant, el SLTA resulta complementari a d'altres serveis, amb els que lògicament pot coexistir. D'altra banda, qui atorga al SLTA un paper fonamentalment preventiu, tendeix a pensar que l'empitjorament en l'estat de salut o la pèrdua d'autonomia comporta l'activació de serveis o cures informals més intenses, on la convivència amb d'altres persones resulta en general ineludible i, per tant, el valor afegit que pot aportar la teleassistència és menys important.

Recomanacions

- L'únic procediment per dirimir quina d'aquestes dues visions resulta més encertada és portar a terme una avaluació d'impacte en la que s'estimin els efectes del SLTA –sobre les taxes d'institucionalització, sobre el benestar de



pacients i cuidadors, etc.- quan aquest servei s'administra sol o combinat amb d'altres serveis més intensius. Actualment, donades les limitacions de les bases de dades existents, no és possible portar a terme una avaluació d'aquestes característiques. Tanmateix, més endavant suggerim alguns canvis en els sistemes d'informació, així com l'adopció d'estratègies avaluatives de caràcter experimental, que poden resultar útils per analitzar aquesta qüestió relativa a la millor fórmula de provisió del SLTA (sol o combinat), i moltes altres.

5.6 L'avaluació dels impactes i les millores en els sistemes d'informació

- La teoria del programa del SLTA està clara per a la majoria de les persones que hem entrevistat i coincideix amb la lògica aplicada en el desenvolupament internacional de serveis similars: el principal impacte esperat és evitar institucionalitzacions prematures (que constitueixen un malbaratament de recursos) o, des d'una altra perspectiva, allargar el màxim possible la permanència de les persones grans a casa seva (que constitueix quelcom que les persones grans valoren molt). Aquests impactes, als quals en podríem afegir d'altres com ara el menor ús de l'atenció sanitària o un menor deteriorament físic i cognitiu, s'esperen obtenir mitjançant certs mecanismes ben delimitats: d'una banda, la seguretat que proporciona la teleassistència a l'usuari, en el sentit de donar resposta davant qualsevol contingència, facilita que els beneficiaris vegin viable continuar vivint a casa; d'altra banda, en la mesura que el servei realitza un seguiment continu de l'usuari, la ràpida detecció de canvis en les necessitats permet posar en marxa d'altres serveis (sanitaris i/o socials) de forma precoç.
- Les entrevistes personals amb actors implicats en el programa de teleassistència ens han permès sistematitzar els diferents beneficis que s'atribueixen al servei. Les persones entrevistades esmenten dos tipus de beneficis: individuals i sistèmics. Pel que fa als primers, els informants es refereixen a aquells aspectes que beneficien directament a l'usuari o al cuidador (fer un seguiment de la persona gran, gestionar el sentiment de solitud, activar un servei comunitari o generar espais respir pel cuidador, etc.). En canvi, per beneficis sistèmics s'entenen aquells aspectes que suposen millores en l'ús dels diferents recursos sanitaris o socials (evitar institucionalitzacions prematures o innecessàries, contenció de la freqüentació hospitalària, etc.).



- Un dels objectius fonamentals d'aquest estudi era portar a terme una avaluació de l'impacte de la teleassistència, això és, contrastar empíricament fins a quin punt els efectes esperats que acabem d'esmentar es produïen o no. No obstant això, malgrat el creuament entre l'enquesta "Més a prop" i la base de dades del SLTA ens havia permès definir un grup de tractament (usuaris del servei) i un altre de comparació (no usuaris del servei, però similars), indispensables per a realitzar una avaluació d'impacte, la base de dades (XISSAP) que ens havia d'aportar informació sobre l'ús posterior que uns i altres feien d'altres serveis socials, com ara les residències, ha resultat tenir un abast molt limitat: no només el número de municipis que l'utilitzen és limitat, sinó que quan l'utilitzen, es reporten menys casos d'utilització que els realment existents. Així doncs, per tal de poder completar una avaluació sobre l'impacte del programa rigorosa i creïble, suggerim completar i millorar els sistemes d'informació portant a terme les activitats següents:

Recomanacions

- Cal intentar vincular les bases de dades utilitzades en aquest estudi, i més concretament l'enquesta MaP i els registres de Televida, amb una de les bases de dades del Departament de Benestar Social i Família: l'anomenada ARP (Assignació de Recursos Públics), la qual conté informació sobre tots els usuaris dels principals serveis especialitzats per a gent gran finançats públicament (residències, centres sociosanitaris, centres de dia, etc.). Així doncs, si consultéssim a l'ARP quins serveis especialitzats han utilitzat les persones de la nostra base de dades "MAP-SLTA", que recordem conté usuaris i no usuaris de la teleassistència, podríem estimar amb precisió l'impacte del SLTA sobre l'ús d'aquests altres recursos.
- Altrament, donat que una part dels hipotètics impactes del SLTA s'espera que tinguin lloc sobre l'ús dels serveis sanitaris, es podria intentar enllaçar la nostra base de dades amb les bases del Departament de Salut: d'una banda, si la connexió es realitzés amb el Conjunt Mínim Bàsic de Dades a l'Alta Hospitalària (CMBD-AH), podríem esbrinar si el fet de rebre teleassistència redueix les taxes d'hospitalització i/o redueix el temps d'estada; d'altra banda, si la connexió es fes amb l'anomenada base de dades de prestacions farmacèutiques, que conté el consum individual de fàrmacs dels assegurats del CatSalut, podríem també



avaluar l'impacte del SLTA sobre la despesa farmacèutica.

- L'enquesta MaP ha estat una peça imprescindible per poder portar a terme l'actual anàlisi del SLTA, ja que ens ha permès partir d'una població en risc de necessitar aquest servei i, mitjançant el seu enllaç amb la base de dades del SLTA, identificar a posteriori les persones que s'han acabat convertint efectivament en usuàries. Tanmateix, les possibilitats d'utilitzar l'enquesta MaP amb finalitats avaluatives augmentarien notablement si:
 - Es convertís realment amb un panell, això és, s'entrevistés en les onades successives als mateixos individus de cadascun dels municipis participants; a més, a diferència del que passa avui, els municipis haurien de participar en les successives onades de l'enquesta i no pas en una de sola.
 - El criteri d'inclusió "no haver rebut cap servei social" es complís en la primera onada en què una persona és entrevistada, però no en les següents. D'aquesta manera, podríem analitzar des d'una perspectiva dinàmica les trajectòries d'ús de serveis de les persones grans, com ara el SAD, els centres de dia o les residències, a més dels canvis en l'estat de salut, dependència, recolzament familiar, etc., que poguessin anar-se produint al llarg del temps.
- Portar a terme una anàlisi exhaustiva del grau d'utilització del XISSAP per part dels municipis, si més no pel que fa al registre de la recepció de serveis socials, mirant d'esbrinar els motius que expliquen el baix ús en alguns casos.
- Promoure un identificador únic, preferiblement el NIF/NIE, d'enregistrament obligatori en totes les bases de dades relacionades amb els serveis socials municipals. Això ja es fa en el cas de l'enquesta MaP i la base de dades del SLTA, però no així al XISSAP on hi ha una tercera part de persones sense identificació i on coexisteixen diversos codis d'identificació (NIF, TIS, número de la SS, etc.).



5.7 Innovacions en el disseny: experimentar i avaluar

- Són diversos els canvis que hem anat suggerint pel que fa al disseny del SLTA, alguns d'ells mencionats per les persones entrevistades durant el treball de camp qualitatiu, com ara per exemple: la possible implicació dels centres de salut en la captació dels usuaris del SLTA, la introducció de nous esquemes de copagament, la realització d'audits per detectar estades innecessàries al servei o el desenvolupament de dispositius de segona i tercera generació. Tanmateix, com acostuma a passar amb qualsevol proposta de redisseny d'una política pública, no es tracta més que de potencials bones idees; així doncs, si es vol estar realment segur que alguns d'aquests instruments poden millorar l'efectivitat del SLTA, no queda més remei que portar a terme avaluacions d'impacte de cadascun d'ells. En aquest sentit, caldria tenir en compte els elements següents:

Recomanacions

- Introduir l'avaluació des de l'inici del disseny de les innovacions i dotar-les d'un caràcter prospectiu. Les avaluacions que aporten evidències més rigoroses sobre els impactes d'una política acostumen a ser aquelles que es planifiquen *ex-ante*, és a dir, abans que s'implementi la nova política. Hi ha diverses raons que ho expliquen però en destacaríem dues: 1) la possibilitat d'influir sobre com la innovació es porta a terme i, d'aquesta manera, apostar per fórmules d'implementació que generin grups de tractament i de comparació (per exemple, optar per una implementació gradual, de manera que no tots els municipis tenen accés a la innovació en un primer moment); i 2) definir des del començament les peces d'informació que faran falta per portar a terme l'avaluació i posar els mitjans per a generar-les.
- Optar per proves pilot amb caràcter experimental. El disseny més robust per avaluar l'impacte d'una política es portar a terme un experiment on s'aleatoritza qui rep i qui no rep la intervenció que s'estigui avaluant³¹. El fet de privar algunes persones de la recepció del programa no hauria de plantejar impediments ètics si l'avaluació està justificada, ja que aquesta es porta a terme, precisament, perquè es desconeix l'efectivitat de la intervenció. De fet, les proves pilot en els

³¹ Vegeu l'annex B per a una breu explicació de les raons que expliquen aquesta superioritat.



serveis públics, que no són alienes a la nostra tradició, acostumen a justificar-se emprant uns termes similars: apliquem la innovació en determinats territoris, veiem què passa i, si funciona, ho estenem a la resta de poblacions. Dotar de “caràcter experimental” a una prova pilot només exigeix un pas més: deixar que l'atzar decideixi quins territoris/municipis/individus hi participen i quins no.

- Explotar la variabilitat municipal com a font per a detectar impactes. Un dels avantatges que presenta l'avaluació de polítiques d'àmbit municipal és que la diversitat de normatives genera el que s'anomenen experiments naturals: això és, l'exposició dels individus a una o altra tipus d'intervenció, com ara un determinat esquema de copagaments per el SLTA, depèn de quelcom atzarós que es viure en un municipi i no en un altre. Aquest fet pot explotar-se per a realitzar avaluacions d'impacte rigoroses.
- La Diputació de Barcelona es troba en una posició immillorable per estimular la realització d'avaluacions d'impacte amb relació al SLTA. La realització d'avaluacions multi-municipals, amb proves pilot i aleatorització, exigeix el concurs d'una entitat que tingui capacitat per implicar els diversos municipis, aporti finançament i recursos tècnics. A més, aquest tipus d'avaluacions liderades per la DIBA, constitueixen una opció molt més eficient que l'alternativa de que cada municipi realitzi l'avaluació del seu propi servei, i no tant sols en termes d'aprofitar economies d'escala, sinó perquè l'avaluació d'impacte exigeix unes grandàries mostrals que la majoria de municipis de la província no tenen.
- Millorar les bases de dades i fer avaluacions d'impacte tenen un elevat retorn. En l'actual context de restriccions de recursos, la despesa associada a la millora de les fonts de dades existents i a la realització de les avaluacions suggerides s'hauria de considerar com una inversió amb un elevat retorn, atesos els guanys en efectivitat i eficiència del programa que puguin derivar-se de l'aplicació del coneixement generat.



6. Bibliografia

- Andrews, G. J, and D. R Phillips. 2005. *Ageing and place: perspectives, policy, practice*. Psychology Press.
- Aspinall, A., and C. Dobbs. 2011. «A Weight Off My Mind: Exploring the Impact and Potential Benefits of Telecare for Unpaid Carers in Scotland». *Journal of Assistive Technologies* 5(1):43-44.
- Audit Comission. 2004. *Implementing Telecare. Strategic analysis and guidelines for policy makers, commissioners and providers*. London: Audit Comission.
- Barlow, J., and T. Venables. 2003. «Smart home, dumb suppliers? The future of smart homes markets». *Inside the Smart Home* 247-262.
- Barlow, J., S. Bayer, and R. Curry. 2005. «Flexible homes, flexible care, inflexible organisations? The role of telecare in supporting independence». *Housing Studies* 20(3):441-456.
- Barlow, J., S. Bayer, and R. Curry. 2006. «Implementing complex innovations in fluid multi-stakeholder environments: Experiences of [] telecare'». *Technovation* 26(3):396-406.
- Barlow, J., S. Bayer, R. Curry, and J. Hendy. 2007. «The costs of telecare: from pilots to mainstream implementation». *Units costs of health and social care, University of Kent, Canterbury UK*.
- Barlow, J., R. Curry, D Wardle, and S Bayer. 2004. *Implementing telecare: strategic analysis and guidelines for policymakers, commissioners and providers*. London: Audit Comission.
- Barlow, J., D. Singh, S. Bayer, and R. Curry. 2007. «A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions». *Journal of Telemedicine and Telecare* 13(4):172.
- Barnett, T. E et al. 2006. «The effectiveness of a care coordination home telehealth program for veterans with diabetes mellitus: a 2-year follow-up». *American Journal of Managed Care* 12(8):467.
- Bäumker, T., A. Netten, and R. Darton. 2008. *Costs and outcomes of an extra-care housing scheme in Bradford*. York, UK: Joseph Roundtree Foundation.



- Bayer, S., J. Barlow, and R. Curry. 2007. «Assessing the impact of a care innovation: telecare». *System Dynamics Review* 23(1):61-80.
- Bayer, S., J. Barlow, and R. Curry. 2004. «Assessing the impact of a care innovation: telecare services in Surrey». Pp. 25–29 in *Proceedings, 22nd International System Dynamics Conference, Oxford*.
- Beale, S., D. Sanderson, J. Kruger, and Scotland. Scottish Government. 2009. *Evaluation of the Telecare Development Programme [electronic resource]: final report*. Scottish Government.
- Benatar, D., M. Bondmass, J. Ghitelman, and B. Avitall. 2003. «Outcomes of chronic heart failure». *Archives of Internal Medicine* 163(3):347.
- Bensink, M., D. Hailey, and R. Wootton. 2006. «A systematic review of successes and failures in home telehealth: preliminary results». *Journal of telemedicine and telecare* 12(Supplement 3):8.
- Botsis, T., and G. Hartvigsen. 2008. «Current status and future perspectives in telecare for elderly people suffering from chronic diseases». *Journal of telemedicine and telecare* 14(4):195.
- Bowles, K. H, and A. C Baugh. 2007. «Applying research evidence to optimize telehomecare». *The Journal of cardiovascular nursing* 22(1):5.
- Brownsell, S. J., D. A Bradley, R. Bragg, P. Catling, and J. Carlier. 2001. «An attributable cost model for a telecare system using advanced community alarms». *Journal of Telemedicine and Telecare* 7(2):63.
- Brownsell, S. J., D. A. Bradley, R. Bragg, P. Catlin, and J. Carlier. 2000. «Do community alarm users want telecare?» *Journal of Telemedicine and Telecare* 6(4):199.
- Brownsell, S., H. Aldred, and M. S Hawley. 2007. «The role of telecare in supporting the needs of elderly people». *Journal of Telemedicine and Telecare* 13(6):293.
- Brownsell, S., J. Barlow, and R. Curry. 2005. «The role of technology in addressing the care and support needs for older people». Nagoya, Japan.
- Brownsell, S., S. Blackburn, and M. S Hawley. 2008. «An evaluation of second and third generation telecare services in older people's housing». *Journal of Telemedicine and Telecare* 14(1):8.



Chumbler, N. R et al. 2005. «Evaluation of a care coordination/home-telehealth program for veterans with diabetes». *Evaluation & the health professions* 28(4):464.

Curtis, I. 2010. *Unit Costs of Health and Social Care 2010*. Catterbury: PSSRU, University of Kent.

Darzi, A. 2008. *High quality care for all: NHS next stage review final report*. London: National Health Service.

Department of Health. 2005. «Building telecare in England». Retrieved October 10, 2011 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4115303).

Doughty, K. et al. 2007. «Telecare, telehealth and assistive technologies—do we know what we're talking about?» *Journal of Assistive Technologies* 1(2):6-10.

Edmondson, A. C. 2003. «Framing for learning: Lessons in successful technology implementation». *California Management Review* (45):34-54.

Edmondson, A. C, R. M Bohmer, and G. Pisano. 2001. «Disrupted routines: effects of team learning on new technology adaptation». *Administrative Science Quarterly* 46(4):685–716.

Finch, T., M. Mort, C. May, and F. Mair. 2005. «Telecare: perspectives on the changing role of patients and citizens». *Journal of telemedicine and telecare* 11(Supplement 1):51.

Franke, N., and S. Shah. 2003. «How communities support innovative activities: an exploration of assistance and sharing among end-users». *Research Policy* 32(1):157-178.

Gask, L. et al. 2002. «Telemedicine Adoption Study Group: Predicting the normalization of telemedicine services through qualitative evaluation». in *Proceedings: Royal Society of Medicine Symposium on Telemedicine and eHealth*, vol. 29.

Hailey, D., A. Ohinmaa, and R. Roine. 2004. «Study quality and evidence of benefit in recent assessments of telemedicine». *Journal of telemedicine and telecare* 10(6):318.

Harrow, B., L. Samia, and R. Morgan. 2003. «What cost evidence supports the use of technologies in home and community based caregiving of older adults?» Bethesda, Maryland.

Henwood, M., and E. Waddington. 1998. *Expecting the Worst? Views on the Future of Long Term Care. Help the Aged Report to the Royal Commission on Long Term Care*. Leed: Institute for Health.



- Hyer, K., and L. Rudick. 1994. «The effectiveness of personal emergency response systems in meeting the safety monitoring needs of home care clients». *Journal of Nursing Administration* 24(6):39.
- Jacobus, C. J. 2004. «Telemedicine works--now what?» *Health management technology* 25(4):56, 55.
- Jarrold, k., and S. Yeandle. 2009. *A weight off my mind. Exploring the impact and potential benefits of telecare for unpaid carers in Scotland*. Leeds: University of Leeds and Carers Scotland.
- Jennett, P. A. et al. 2003. «The socio-economic impact of telehealth: a systematic review». *Journal of Telemedicine and Telecare* 9(6):311.
- Joint Improvement Team. 2008. *Telecare in Scotland: Benchmarking the present, embracing the future*. Edinburgh: Joint Improvement Team Retrieved September 9, 2011 (<http://www.jitscotland.org.uk/uploads/paneldocs/1204629144-TDP>).
- Kashem, A., R. C Cross, W. P Santamore, and A. A Bove. 2006. «Management of heart failure patients using telemedicine communication systems». *Current cardiology reports* 8(3):171-179.
- Kinsella, A. 2006. «Switched on to Telecare: providing health band care support through based telecare monitoring in the UK and the US». Orlando, Florida.
- Kubitschke, L. et al. 2010. *ICT & Ageing. European Study on Users, Markets and Technologies. Preliminary Findings*. Bonn: Empirica & WRC.
- Lehoux, P., J. L Denis, S. Tailliez, and M. Hivon. 2005. «Dissemination of health technology assessments: identifying the visions guiding an evolving policy innovation in Canada». *Journal of health politics, policy and law* 30(4):603.
- Levy, S., N. Jack, D. Bradley, M. Morison, and M. Swanston. 2003. «Perspectives on telecare: the client view». *Journal of telemedicine and telecare* 9(3):156.
- Magnusson, L., E. Hanson, and M. Nolan. 2005. «The impact of information and communication technology on family carers of older people and professionals in Sweden». *Ageing and Society* 25(05):693-713.
- May, C. et al. 2003. «Understanding the normalization of telemedicine services through qualitative evaluation». *Journal of the American Medical Informatics Association* 10(6):596.



McCreadie, C., and A. Tinker. 2005. «The acceptability of assistive technology to older people». *Ageing and Society* 25(1):91-110.

Nagendran, S., D. Moores, R. Spooner, and J. Triscott. 2000. «Is telemedicine a subset of medical informatics?» *Journal of telemedicine and telecare* 6(Supplement 2):50.

Newhaven Research. 2010. *Exploring the Cost Implications of Telecare Service Provision*. Edinburgh: Newhaven Research.

Paré, G., M. Jaana, and C. Sicotte. 2007. «Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base». *Journal of the American Medical Informatics Association* 14(3):269-277.

Percival, J., and J. Hanson. 2006. «Big brother or brave new world? Telecare and its implications for older people's independence and social inclusion». *Critical Social Policy* 26(4):888.

Pleace, N. 2011. *the costs and benefits of preventive support services for older people*. York, UK: The Centre for Housing Policy. The University of York.

Ploeg, J., L. Biehler, K. Willison, B. Hutchison, and J. Blythe. 2001. «Perceived support needs of family caregivers and implications for a telephone support service.» *The Canadian journal of nursing research= Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 33(2):43.

Poole, T. 2006. *Telecare and Older People*. London: Kings Fund. Background paper: Wanless Social Care Review.

De San Miguel, K., and G. Lewin. 2008. «Brief Report: Personal emergency alarms: What impact do they have on older people's lives?» *Australasian Journal on Ageing* 27(2):103-105.

Shaw, B. 1985. «The role of the interaction between the user and the manufacturer in medical equipment innovation». *R&D Management* 15(4):283-292.

Sixsmith, A., and J. Sixsmith. 2008. «Ageing in place in the United Kingdom». *Ageing International* 32(3):219-235.

Sixsmith, A., and J. Sixsmith. 2000. «Smart care technologies: meeting whose needs?» *Journal of telemedicine and telecare* 6(Supplement 1):190.

Smith, S., A Alexander, S Hill, and G. Walker. 1993. *Housing provision for people with health problems and mobility difficulties*. York, UK: Joseph Rowntree Foundation.



Stachura, M., and E. Khasanshina. 2007. *Telehomecare and remote monitoring: An outcomes overview*. Augusta GA: Augusta Georgia Center for Telehealth Medical College of Georgia Retrieved September 9, 2011 (<http://www.viterion.com/publications.cfm>).

Stroetmann, K. A et al. 2010. *How can telehealth help in the provision of integrated care?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Tang, P., and T. Venables. 2000. «“Smart”homes and telecare for independent living». *Journal of Telemedicine and Telecare* 6(1):8.

Whitten, P. S, and M. S Mackert. 2005. «Addressing telehealth’s foremost barrier: provider as initial gatekeeper». *International journal of technology assessment in health care* 21(4):517-521.

Whitten, P. S et al. 2002. «Systematic review of cost effectiveness studies of telemedicine interventions». *Bmj* 324(7351):1434.

Whitten, P., L. K Johannessen, T. Soerensen, D. Gammon, and M. Mackert. 2007. «A systematic review of research methodology in telemedicine studies». *Journal of telemedicine and Telecare* 13(5):230.

Williams, G., and K. Doughty. 2007. «Towards an evaluation framework for telecare services». *Journal of Assistive Technologies* 1(1):42-47.

Woolham, J., and B. Frisby. 2002. «Building a local infrastructure that supports the use of assistive technology in the care of people with dementia». *Research Policy and Planning* 20(1):11-24.

Woolham, J., B. Frisby, S. Quinn, W. Smart, and A. Moore. 2002. *The Safe at Home Project: Using technology to support the care of people with dementia in their own homes*. London: Hawker Publication.

Woolhan, J. 2005. *The effectiveness of assistive technology in supporting the independence of people with dementia: the Safe at home project*. London: Hawker Publications.

Wootton, R. et al. 1998. «The potential for telemedicine in home nursing». *Journal of Telemedicine and Telecare* 4(4):214.



7. Annexos

Annex A. Municipis de les bases de dades “Més a prop” i “XISSAP”

BASE DE DADES "MÉS A PROP"		BASE DE DADES XISSAP
Abrera	Muntanyola	Aiguafreda
Aiguafreda	Navàs	Bagà
Arenys de Mar	Nou de Berguedà, la	Begues
Avià	Olvan	Calldetenes
Badia del Vallès	Parets del Vallès	Cardona
Bagà	Pla del Penedès, el	Castellar de n'Hug
Barberà del Vallès	Pobla de Lillet, la	Collbató
Begues	Polinyà	Gavà
Berga	Prat de Llobregat, el	Gironella
Borredà	Puig-reig	Granollers
Calaf	Roca del Vallès, la	Guardiola de Berguedà
Caldes de Montbui	Saldes	Gurb
Calldetenes	Sallent	Llinars del Vallès
Campins	Sant Antoni de Vilamajor	Malla
Canovelles	Sant Boi de Llobregat	Manlleu
Cardona	Sant Celoni	Masies de Roda, les
Casserres	Sant Cugat del Vallès	Muntanyola
Castellar de n'Hug	Sant Joan Despí	Montornès del Vallès
Castellar del Riu	Sant Julià de Cerdanyola	Moià
Castellar del Vallès	Sant Julià de Vilatorca	Navàs
Centelles	Sant Just Desvern	Olvan
Cercs	Sant Martí de Centelles	Parets del Vallès
Collbató	Sant Pere de Riudebitlles	Pobla de Lillet, la
Dosrius	Sant Sadurní d'Anoia	Polinyà
Espunyola, l'	Sant Salvador de Guardiola	Sant Cugat del Vallès
Folgueroles	Santa Eugènia de Berga	Sant Joan Despí
Gavà	Santa Eulàlia de Riuprimer	Sant Julià de Vilatorca
Gelida	Santa Maria de Merlès	Sant Just Desvern
Gironella	Santa Maria de Palautordera	Sant Martí de Centelles
Granollers	Santa Perpètua de Mogoda	Santa Eugènia de Berga
Guardiola de Berguedà	Seva	Santa Eulàlia de Riuprimer
Gurb	Sitges	Barberà del Vallès
Hospitalet de Llobregat, l'	Tona	Santa Perpètua de Mogoda
Jorba	Tordera	Seva
Llacuna, la	Torelló	Tona
Llagosta, la	Torrelavit	Tordera
Llinars del Vallès	Ullastrell	



Malla	Vacarisses	
Manlleu	Vallcebre	
Manresa	Vallgorguina	
Masies de Roda, les	Vilada	
Mataró	Viladecavalls	
Moià	Viver i Serrateix	
Montcada i Reixac		
Montclar		
Montgat		
Montmajor		
Montornès del Vallès		



Annex B. Una breu introducció a les tècniques per a l'avaluació de l'impacte*

L'anomenat *disseny experimental* és la tècnica més robusta que existeix a l'hora d'avaluar l'impacte d'un programa. La seva principal característica és que s'utilitza un procediment aleatori per determinar qui participa en el programa i qui no, de tal manera que, per construcció, uns i altres són idèntics en totes les característiques que poden influir sobre els *outcomes* d'interès. Passat un temps, donat que l'única cosa que distingeix ambdós grups és la participació en el programa, les diferències en els *outcomes* entre el grup de participació i el de control poden atribuir-se a allò que els fa diferents (això és, la participació en el programa). Quan els programes no han estat implementats seguint un protocol experimental, és possible avaluar-ne l'impacte mitjançant tècniques que s'anomenen *quasi-experimentals*. En aquest annex descrivim dues d'elles ja que són les més utilitzades en les avaluacions de programes: el model de dobles diferències (en endavant, DD) i la tècnica del *matching*.

El principal repte que es planteja a l'hora d'estimar l'impacte d'un programa en absència d'un disseny experimental és adreçar el que s'anomena **biaix de selecció**, que es produeix quan existeixen diferències entre el grup de participants i el de no participants en variables que afecten els *outcomes* d'interès (és a dir, els dos grups no són idèntics i, per tant, part de les diferències en els *outcomes* poden estar causades per aquestes diferències prèvies i no pel programa), ja sigui perquè els agents amb aquestes característiques es postulen voluntàriament per participar en el programa o perquè l'entitat responsable del programa les té en compte a l'hora de seleccionar els participants. En el cas d'un programa de renda mínima d'inserció, per exemple, podria succeir que els beneficiaris que participen en mesures d'inserció laboral tenen un major grau de motivació que els no participants, fet que podria influir sobre la probabilitat de trobar una feina (amb independència de l'existència del programa).

El **model de DD** constitueix un dels mètodes més robustos per estimar l'impacte d'una política tot controlant el biaix de selecció quan no es disposa de dades experimentals.

* Blasco i Casado (2009) ofereixen una panoràmica de les diferents tècniques que existeixen per avaluar l'impacte de polítiques i programes públics.



Aquest model, que exigeix disposar d'**informació longitudinal**, estima l'impacte de la política en termes de la diferència en la variació de l'*outcome*, des d'abans fins a després de la intervenció, entre el grup de tractament i el de control. En comparar **taxes de variació dels outcomes**, els models de DD permeten controlar pel biaix de selecció derivat de factors (ja siguin observables o no observables per l'avaluador) que romanen constants al llarg del temps, així com per als factors observables, encara que variïn en el temps. Així doncs, per a tots aquells *outcomes* en què disposem d'informació d'abans i després del programa, utilitzarem models de DD per estimar l'impacte del programa.

Una altra tècnica quasi-experimental que s'utilitza amb freqüència en l'avaluació de polítiques públiques és la de **matching**. Aquesta tècnica és l'adequada quan es pretén mesurar l'impacte del programa sobre *outcomes* dels quals només tenim informació posterior a la intervenció per a ambdós tipus d'individus (participants i no participants). En essència, a pesar de recórrer a procediments estadístics d'una certa complexitat, la idea bàsica sobre la qual descansa el *matching* és prou senzilla: es tracta de comparar **després** de la intervenció els **nivells dels outcomes** entre beneficiaris que participen i no participen en el programa que siguin molt similars en totes aquelles variables (nivell formatiu, problemàtica social, etc.) que poden influir sobre els *outcomes d'interès* (trobar feina, ingressos salarials, etc.). D'aquesta manera, com més ampli sigui el conjunt de factors dels quals es disposa d'informació prèvia al programa per tal d'"emparellar" els individus, més segurs podrem estar que el *matching* mitiga el biaix de selecció abans esmentat. En qualsevol cas, cal tenir present que les estimacions d'impacte que es deriven de l'aplicació d'aquesta tècnica són menys robustes que les dels models de DD, que a més de les possibles diferències en factors observables que distingeixen participants i controls, també permeten evitar el biaix de selecció provocat per factors no observables que no varien al llarg del temps.



Annex C. Informació tècnica sobre el treball de camp qualitatiu

7.1 Els informants del treball de camp qualitatiu

Responsables del servei

- Servei d'Acció Social i Oficina de Suport Tècnic a l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència
- Empresa adjudicatària del Servei (Televida)

Professionals del servei

- Treballadors socials dels ens locals seleccionats que estiguin en contacte amb les famílies o beneficiaris del servei
- Coordinadors de zona
- Director del Centre d'Atenció de Barcelona

Usuaris

- Persones Grans beneficiàries del servei
- Cuidadors no coresidents

7.2 Procés de selecció dels informants

Pel facilitar el procés de selecció dels informants s'han distingit aquells corresponents als serveis de gestió del programa que es localitzen a BCN i aquells informants que es despleguen pel territori on actua el programa. S'han seleccionat un total de **30 persones per entrevistar i un grup de discussió** que es distribueixen de la manera següent:

A) Serveis Centrals a BCN

Per la detecció dels informants de serveis centrals s'ha realitzat un mostreig per representació teòrica a partir del Manual de Teleassistència³² i s'han validat a partir de

³² Diputació de Barcelona (2010). *Manual del Servei Local de Teleassistència. Una eina de suport tècnic per als municipis de la província de Barcelona*. Barcelona.



diverses reunions de treball amb els responsables del programa. D'aquesta manera, s'han escollit els diferents perfils informants:

	Perfil d'entrevistat	Nº d'entrevistes
Oficina de Suport Tècnic a l'Autonomia personal i Atenció a la Dependència	Cap	1
	Tècnic	1
Servei d'Acció Social	Cap	1
	Tècnic	1
Empresa adjudicatària del servei (Televida)	Delegat Territorial a Catalunya	1
	Director Centre Atenció BCN	1
	Total	6 entrevistes
+1 Grup discussió teleoperadors/es (7-10 persones)		

B) Desplegament pel territori

Per abordar la selecció d'informants desplegats pel territori, s'ha portat a terme un mostreig de selecció en cadena i en tres etapes successives. En primer lloc, s'han seleccionat aleatòriament quatre comarques on es troba desplegat el servei:

Comarca	Assignació aleatòria	Número d'usuaris	% de cobertura població > 65 anys
Alt Penedès	11	1370	8,8
Anoia	8	1793	10,29
Bages	6	2935	8,94
Baix Llobregat	1	10672	10,15
Barcelonès	10	9736	9,51
Berguedà	9	910	9,78
Garraf	5	2237	11,65
Maresme	3	5346	8,77
Osona	4	2864	11,63
Vallès Occidental	2	13569	11,74
Vallès Oriental	7	6026	12,02

Font: Memòria anual de gestió del Servei Local de Teleassistència (2010)

L'assignació aleatòria ha permès distingir entre dos perfils de municipis. Per una banda, marcats amb color groc municipis que tenen un alt nombre d'usuaris. Per altra banda, marcats amb color verd municipis amb un nombre relativament baix d'usuaris. Així mateix, l'assignació aleatòria també ha permès tenir en compte municipis amb taxa de



cobertura de la població major de 65 anys properes al 12 % (Osona i Vallès Occidental) i municipis amb marge percentual per arribar-hi (Baix Llobregat i Maresme).

En segon lloc, i per conveniència, s'ha escollit la capital de cada comarca i (aleatòriament o per conveniència) un segon municipi de la comarca marcat pel seu caràcter petit (municipi amb poca població o de caràcter rural). Finalment, per mostreig representatiu teòric, s'han assignat a cada municipi els perfils i nombre de persones a entrevistar.

Comarca	Municipis seleccionats	Perfil d'Entrevistat	Número d'entrevistes
Baix Llobregat	St Feliu de Llobregat	Usuaris	1
		Treballador social 1a línia	1
		Cuidador no coresident	1
	Municipi petit	Usuaris	1
		Treballador social 1a línia	1
	Coordinador de zona de l'empresa adjudicatària	1	
Vallès Occidental	Granollers	Usuaris	1
		Treballador social 1a línia	1
	Municipi petit	Usuaris	1
		Treballador social 1a línia	1
		Cuidador no coresident	1
	Coordinador de zona de l'empresa adjudicatària	1	
Maresme	Mataró	Usuaris	1
		Treballador social 1a línia	1
		Cuidador no coresident	1
	Municipi petit	Usuaris	1
		Treballador social 1a línia	1
	Coordinador de zona de l'empresa adjudicatària	1	
Osona	Vic	Usuaris	1
		Treballador social 1a línia	1
	Municipi petit	Usuaris	1
	Treballador social 1a línia	1	



	Cuidador no coresident	1
	Coordinador de zona de l'empresa adjudicatària	1
	Total	24

A tall de resum, la següent taula mostra la relació d'entrevistes pels respectius perfils d'entrevistats:

Usuaris	8
Treballadors Socials	8
Cuidador no coresident	4
Coordinadors de zona	4
Total	24

7.3 Guions de les entrevistes semi-estructurades

- Explicar encàrrec d'avaluació del programa de Teleassistència per part de la Diputació de Barcelona així com presentar l'avalua.
- Presentació de l'entrevistador/a i els participants i permís per gravar (compromís de confidencialitat i de compartir les dades).
- Remarc que no hi ha respostes correctes ni incorrectes, només volem conèixer l'experiència de cadascun dels participants.
- Explicació breu dels objectius de l'avaluació del programa fent èmfasi en perquè és important tenir en compte la opinió dels informants: recollir informació pràctica i del dia a dia sobre el desenvolupament del programa a partir de les percepcions de les persones implicades en el seu funcionament

A) Visió general del programa i la seva Teoria

1. Imagineu que us trobeu a una persona que no coneix el programa, com li explicaríeu en què consisteix? Què pretén?

- Imagineu que heu d'explicar el programa de teleassistència a un periodista per un article curt que ha de publicar en un diari. Com ho faríeu?.

2. Al vostre entendre, quines necessitats/problemes creieu que van motivar la creació d'aquest programa?

B) Formes d'accés al programa

3. L'accés al programa és a través de serveis socials dels ajuntaments. Però quin són els aspectes que en determinen del seu accés? Quin itinerari segueixen les persones grans per ?



4. A partir d'aquest itinerari d'accés que ens ofereix el manual de Teleassistència, quin creu que és el seu grau de traducció pràctica? On es troben els punts febles? Què funciona bé?

- Mostra Annex 1 a l'entrevistat

- Preguntar per l'actuació dels diferents actors:

A. Ciutadania en sol·licitar informació: qui ho fa? Quan ho fa?

B. Serveis socials: lliurament informació, identificar la tipologia d'usuari, identificar risc i dependència

C. Televida: visites domiciliàries, realització informes teleassistència i mèdic, valoració del risc i instal·lació de terminals

5. Els criteris establerts per a prioritzar l'accés del Manual Teleassistència de la DIBA (2010), s'acompleixen a la pràctica? Quan entren en funcionament aquests criteris? Creu que n'hi ha d'altres a nivell local que també determinen l'accés al programa? S'apliquen igual a tots els municipis? Coneix algunes excepcions?

- Els criteris de prioritització de les sol·licituds del manual de teleassistència són:

1. Distribució proporcional de la població majors de 80 anys que viu sola segons el darrer cens

2. Priorització d'aquelles persones usuàries que reuneixin alguna de les següents situacions de risc: major de 80 anys, malalties cròniques, manca de xarxa social, dificultats de mobilitat i/o caigudes freqüents?

6. En el manual de teleassistència es parla de situacions de risc com a forma de prioritització de les sol·licituds del servei: com es detecten aquestes situacions de risc? Quins mecanismes hi ha? Com es fa a la pràctica? qui ho fa?

7. Ha canviat el perfil dels usuaris? En podria fer una mica d'història a partir de la seva experiència, descriure els canvis que ha percebut al respecte?

8. Hi ha perfils d'usuaris als que se'ls hi atorga el servei però penseu que no se'n beneficien prou?

9. Hi ha usuaris que no tenen accés a la teleassistència però creu que se'n podrien beneficiar?

10. La oferta de terminals per municipis la veu adequada? Ciutats vs àmbit rural – o municipis grans vs petits? A partir de quins criteris s'arriben a fixar?

- Fer èmfasi en els mecanismes 'informals' i pautes locals

11. Percep que hi ha un excés de demanda en el servei? De forma general o a nivell local en alguns municipis? Com ho explica?



- Fer èmfasi en els principals determinants percebuts de l'excés o manca de demanda del servei. Demanar que justifiqui la resposta.

C) La utilitat percebuda del programa

12. Quins creu que són els principals beneficis que aporta la teleassistència?

- Creieu que les activitats del programa contribueixen a millorar el benestar i les capacitats de les persones grans participants? Per què?
- Penseu que aquestes activitats tenen alguna repercussió més enllà dels beneficis personals de cada participant. Suposen un benefici per la comunitat, pel sistema en general?

13. Creu que els participants estan satisfets amb la teleassistència? Quin retorn n'ha obtingut? Amb quins aspectes estan més satisfets i amb quins menys?

- Fer èmfasi en experiències concretes, exemples,, frases literals... més enllà de qualsevol enquesta de satisfacció.

14. Quin és el valor afegit de la teleassistència respecte a d'altres serveis destinats a la cura de les persones grans?

La teleassistència:

- retarda o evita la institucionalització de persones grans en situació de risc
- proporciona un contacte permanent amb l'exterior i accés als serveis de la comunitat
- dóna resposta de forma immediata en cas d'emergència, tenint a disposició una persona de contacte les 24 h
- dóna seguretat i suport a la persona usuària i la família

15. La teleassistència és un dispositiu que dóna suport a la cura quotidiana de la persona gran tot i preservant-ne la seva autonomia. Demanar que l'entrevistat expliqui el rol percebut del programa al respecte.

16. Al vostre entendre, donats els beneficis que suposa la teleassistència, què passa amb una persona gran en 'situació de risc' però que no disposa del servei?

- Fer èmfasi en l'itinerari de la persona gran en situació de risc en absència del servei

17. Creu que el programa ha tingut efectes especialment positius per a algun tipus de beneficiari? (per ex, amb fills cuidadors que viuen en d'altres municipis, amb alguna patologia concreta...)? Quins i per què?



- Creieu que el programa ha tingut efectes especialment positius en algun determinat context (municipis grans, petits, urbans, rurals, amb determinades taxes de cobertura o de gent gran? En quins i per què?

18. De manera sintètica, quins són els principals problemes que vostè percep del servei de teleassistència?

- Demanar que justifiquin la resposta amb exemples concrets

D) Els Aspectes organitzatius

19. A partir d'aquest itinerari de seguiment que ens ofereix el manual de Teleassistència, quin creu que és el seu grau de traducció pràctica? On es troben els punts febles? Què funciona bé?

- Mostra Annex 2 a l'entrevistat

- Preguntar per l'actuació dels diferents actors:

- A. Serveis socials: disseny del pla de seguiment de l'usuari, seguiment de l'usuari

- B. Televida: trucades d'atenció, visites a domicili, informes de seguiment, unitats mòbils

20. Creieu que el servei de teleassistència es coordina amb d'altres serveis d'atenció a la dependència? Qui la fa? Com es fa? Està assumint quelcom que li pertoca a d'altres serveis?

21. Per tal de que el servei de teleassistència acompleixi els seus propòsits, la tecnologia és una component molt important. Com s'adapta a la vida quotidiana dels beneficiaris?

- Fer èmfasi en el funcionament quotidià de la tecnologia: fallides tècniques dels dispositius, aprenentatge de l'usuari, funcionament dels serveis centrals, unitats mòbils...

22. A més a més de la tecnologia, els professionals del servei de teleassistència són clau per tal que l'usuari estigui ben atès. Quina percepció en té al respecte?

- Fer èmfasi en la seva formació inicial, continua, tracte amb els usuaris, relació entre professionals de Televida i ajuntaments...

23. Al manual de Teleassistència, s'especifica una avaluació del servei entre (1) Televida i Serveis Socials) i (2) entre la Diputació de Barcelona i Televida. Com funciona a la pràctica?

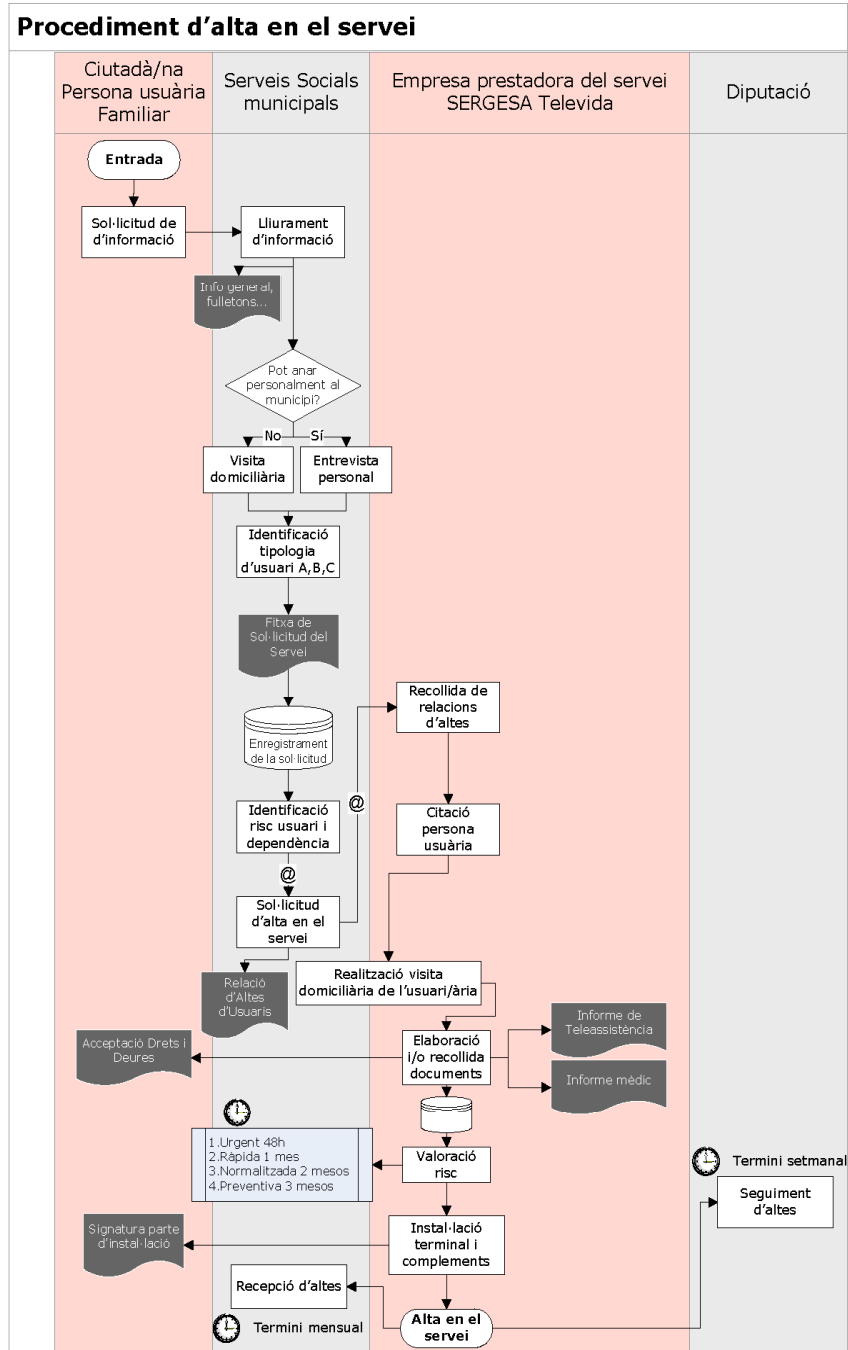
- Demanar la opinió al respecte, sobre els aspectes que funcionen bé i els que no.

G) Els suggeriments de millora

24. Imagineu que podeu escriure la carta als reis sobre la Teleassistència amb la finalitat de millorar-la. Què demanaríeu?



Annex 1: Procediment d'alta al servei





Annex 2: Procediment seguit i canvi de situació de l'usuari

