

Maria Tereza L. Cavalcante
 Juan Carlos Aceros
 Miquel Domènech

Teleassistència pública a Espanya: consideracions dels seus efectes en els serveis socials i sanitaris

Resum

L'article analitza un servei destinat a l'assistència domiciliària a la gent gran implementat a Espanya al llarg de la dècada dels noranta: la teleassistència. L'objectiu és esmentar alguns efectes de la seva oferta pública sobre els serveis socials i sanitaris, tot cridant l'atenció a formuladors de polítiques i gestors sobre aspectes clau pel que fa a l'organització d'aquests serveis a la cartera de prestacions sociosanitàries. Per tal de perfeccionar l'actual model de telecuidat i identificar possibles conseqüències no previstes en els sistemes social i sanitari, se suggereix l'ampliació del debat públic i l'adopció de models participatius d'avaluació d'aquestes tecnologies.

Paraules clau

Assistència Social, Política social, Recerca Qualitativa, Serveis de salut, Telesalut

Teleasistencia pública en España: consideraciones de sus efectos en los servicios sociales y sanitarios

El artículo analiza un servicio destinado a la asistencia domiciliaria a la gente mayor implementado en España a lo largo de la década de los noventa: la teleasistencia. El objetivo es hacer constar algunos efectos de su oferta pública sobre los servicios sociales y sanitarios, llamando la atención a formuladores de políticas y gestores sobre aspectos clave respecto a la organización de esos servicios en la cartera de prestaciones sociosanitarias. Para perfeccionar el actual modelo de telecuidado e identificar posibles consecuencias no previstas en los sistemas social y sanitario, se sugiere la ampliación del debate público y la adopción de modelos participativos de evaluación de esas tecnologías.

Palabras clave

Asistencia Social, Investigación Cualitativa, Política Social, Servicios de Salud, Telesalud

Public virtual home health assistance in Spain: observations on its impact on social and health services

The article analyzes the home health assistance for the elderly implemented in Spain during the 1990s: the virtual home health assistance. The aim is to state its impact on the social and health service public offer, underlining key aspects to policy makers and managers about the organization of those services in social and health benefits. In order to improve the existing virtual home health assistance and being able to identify unexpected impact in the social and health system, we recommend developing public debate and to implement participatory models for the evaluation of those technologies.

Keywords

Social assistance, Qualitative research, Social policy, Health services, Virtual home health services

Com citar aquest article:

Leal, M.T.; Aceros, J.C.; Domènech, M. (2012). "Teleassistència pública a Espanya: consideracions dels seus efectes en els serveis socials i sanitaris". *Educació social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 51, p.91 - p.102

▲ Introducció

Els desenvolupaments en teleassistència i domòtica (la ciència de les tecnologies electròniques aplicades a la llar) evolucionen ràpidament en els últims anys i constitueixen un sector econòmicament atractiu a Espanya i Europa. Fins i tot en un context de crisi, aquestes tecnologies desperten cada cop més l'interès en el camp sanitari i cobren protagonisme en discussions abans ocupades solament per la telemedicina¹. La *Plataforma Tecnològica Española de Tecnologías para la Salud, el Bienestar y la Cohesión Social* expressa la rellevància del tema en l'agenda nacional².

L'experiència més concreta dels espanyols amb l'anomenada telecura passa per la utilització dels serveis de teleassistència, introduïts per la Creu Roja a principis dels anys 90. Subsidiada per l'Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) des de 1993, la teleassistència va ser ràpidament absorbida pels serveis socials dels ajuntaments i diputacions, constituint un servei gestionat localment i ofert per mitjà de proveïdors privats (a excepció d'Andalusia, on l'ofereix un proveïdor públic)³.

Els beneficis normalment associats a aquesta tecnologia es basen en el seu potencial per millorar la qualitat de vida dels usuaris en les seves pròpies cases, reduint ingressos innecessaris en hospitals i/o residències⁴. El servei es caracteritza per la instal·lació d'un aparell de telecomunicació a la casa de les persones grans o dependents i que permet estar connectats 24 hores al dia a una central de trucades. La comunicació amb la central és immediata per línia telefònica gràcies a un botó vermell a la interfície de l'aparell. Els usuaris compten a més amb un penjoll que els permet sol·licitar assistència des de qualsevol lloc de casa seva. Un cop s'ha trucat a la central, aquesta identifica el problema i acciona els recursos o serveis corresponents –la família, l'ambulància, l'atenció primària, els serveis socials– o envia les seves pròpies unitats mòbils quan és el cas (l'existència d'unitats mòbils depèn d'una ràtio d'usuaris atesos per central)⁴. En molts casos el proveïdor de teleassistència també custodia còpies de les claus de la casa de l'usuari.

Malgrat la seva popularitat, a l'igual que en el cas de la telemedicina⁵, les tecnologies de teleassistència i telecura s'han difós sense que se sàpiga del cert quines són les conseqüències de la seva incorporació en les pràctiques assistencials. Per això, l'objectiu d'aquest article és analitzar la trajectòria d'implementació d'aquest servei, teixint consideracions sobre els seus efectes en el sector social i sanitari. En les properes pàgines, es conjuga l'anàlisi del seu procés d'institucionalització segons la percepció de professionals de serveis socials i de salut, cridant l'atenció a formuladors de polítiques i prenedors de decisions sobre aspectes clau pel que fa a l'organització d'aquests serveis en la cartera de prestacions socio sanitàries.

Material i mètodes

Aquest estudi és el resultat de dos projectes de recerca, un a escala Europea i un altre en àmbit nacional, realitzats durant el període de 2008-2011. El primer⁶, va tenir com a objectiu examinar les implicacions ètiques i socials relatives a l'ús de tecnologies de teleassistència en diferents regions d'Europa (Anglaterra, Noruega, Holanda i Espanya). El segon es va proposar analitzar els efectes de la tecnificació dels serveis d'atenció a les persones en situació de dependència a Espanya⁷. Per assolir tots dos objectius es va dissenyar una investigació qualitativa amb ús de tècniques etnogràfiques, grups de discussió i entrevistes en profunditat a actors clau (*vegeu* Taula1). Es va procurar disposar d'una mostra de casos com més heterogènia possible: es van analitzar contextos rurals i urbans, serveis públics i privats, diferents situacions de salut i edats d'usuaris. Es va facilitar el terme de consentiment informat sempre que fos necessari i es va assegurar l'anonimat. D'altra banda, també es va utilitzar un abordatge deliberatiu amb la realització de panells ciutadans i la constitució d'un *advisory group* amb representants del camp de la teleassistència i de grups concernits. A més, es va fer la recopilació i l'anàlisi de documents de política, normes i marcs regulatoris.

Per acostar-se als serveis de teleassistència a Espanya es va contactar inicialment amb la Creu Roja, pionera a oferir el servei per mitjà d'acords locals amb les administracions. Aquest contacte va afavorir la proximitat amb professionals de la teleassistència, usuaris, familiars i voluntaris en diferents comunitats autònomes com Catalunya i Castella-La Manxa. Altres proveïdors privats de la teleassistència pública van permetre l'accés als seus equips, com en el cas de la regió de Madrid. També es va contactar amb els proveïdors i empreses de tecnologia i amb coordinadors de projectes d'I+D en telecura com el projecte Llar Digital.



Tècnica	Quantitat	Localitat
Observació participant		
Instal·lació de Teleassistència	1	Badalona, Palamós, Salt, Lledó, Taradell, Madrid, Coslada, Parla
Avaries a usuaris	8	
Visites de voluntaris Creu Roja	7	
Professionals de Teleassistència	1	
Processos administratius	2	
Tests de tecnologia	2	
Reunió amb serveis socials	2	
Reunió amb gestors de Teleassistència	2	
Total	25	
Entrevistes etnogràfiques		
Usuaris de teleassistència de la Creu Roja	10	Barcelona, Pallejà, Castellbisbal, Sant Martí de Centelles, Cornellà de Llobregat, Badalona, Madrid, Azuqueca de Henares (Guadalajara), Malasaña, La Línea (Cadis), Algeciras, Málaga, Saragossa
Usuaris i familiars de teleassistència d'altres proveïdors	11	
Gestors i professionals de teleassistència	3	
Total	24	
Entrevistes en profunditat		
Dissenyadors i directors d'empreses de tecnologia	8	Madrid, Barcelona
Total	8	
Grups de discussió		
Professionals, teleoperadors, tècnics i voluntaris	5	Barcelona, Igualada, Mataró, Badalona, Granollers, Vic, Vilafranca del Penedès, Valera de Abajo (Cuenca Guadalajara), Toledo, Almodovar del Campo (Ciudad Real), Guadalajara (Central Teleassistència Castella La Manxa)
Usuaris de teleassistència	4	
Mixtos (usuaris, professionals i voluntaris)	2	
Familiars cuidadors	3	
Familiars i cuidadors sense teleassistència	1	
Total	15	

Tot el material de camp va ser transcrit i analitzat, buscant temes recurrents que corresponguin a les preguntes d'investigació, sense descartar qüestions emergents. El resultat va ser la construcció d'una matriu analítica amb 7 eixos principals:

- la transformació de les pràctiques de cura existents,
- el procés d'envellir associat a la teleassistència domiciliària (TAD),
- la definició de cura,
- la re-significació de lloc, distància i llar,
- els nous sistemes de cura i llars intel·ligents,
- les qüestions ètiques, riscos legals i privacitat.

- les transformacions en els sistemes social i sanitari. Al seu torn, cada eix es va desdoblar en categories d'anàlisi més específiques.

Aquest article presenta els resultats relatius a l'eix analític 7. Amb aquesta finalitat, s'articulen dades i informacions referents a la implementació de la política de la teleassistència a Espanya amb la percepció d'alguns dels professionals del sector social i sanitari. Els seus testimonis, consignats en la forma de cites textuais, il·lustren el procés d'institucionalització del servei i aporten elements per a la discussió de l'actual model de telecura a Espanya.



Com a estratègia de validació, els resultats de la investigació van ser discutits l'*Advisory Group*, en els panells ciutadans i en reunions amb investigadors dels altres països europeus participants. També van ser debatuts en dues conferències internacionals: a la 18a Conferència Europea de Serveis Socials⁸ i en la Conferència Internacional Envel·liment i tecnologia: Conferència-Debat sobre la cura a Europa⁹, promoguda pel projecte d'investigació europeu⁶.

Resultats

L'expansió de la teleassistència a Espanya en els últims 20 anys ha estat intensa i s'ha vist afavorida per les polítiques de suport als ciutadans majors o dependents. L'Estat ha anat promovent la teleassistència pública a través de mesures de cofinançament i regulació. D'altra banda, nous actors han entrat a l'escenari sociosanitari establint relacions amb les famílies, els serveis sanitaris i amb els processos de desenvolupament tecnològic. Ens referim a proveïdors privats, coordinadors, teleoperadors, oficials de teleassistència i les seves unitats mòbils. Per a apreciar la forma com les relacions entre aquests diferents actors s'han institucionalitzat, es va establir una cronologia amb els fets més rellevants (vegeu Taula 2).

L'expansió de la teleassistència s'ha vist afavorida per les polítiques de suport als ciutadans majors o dependents

Anys	Fets
1990/1993	Introducció del servei a Espanya per la Creu Roja.
1991	S'inicien les operacions a Espanya de la major empresa d'aparells de teleassistència, proveïdora de la Creu Roja. Les seves dades indiquen, a hores d'ara, la venda de més de 150.000 mil aparells a proveïdors de serveis a Espanya ¹⁰ .
1993	Implementació del conveni-marc subscrit entre l'Imserso i la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) garantint la cofinançament estatal del 65% del servei. Diputacions i ajuntaments gradualment s'adhereixen a l'acord ⁴ .
1999	Es divulga el primer marc regulatori: les normes de l'Imserso ⁴ , un referent per a administracions i proveïdors que fins avui segueix pantant la provisió del servei.
2006	Es promulga la <i>Ley de la Dependencia</i> ¹¹ que inclou la teleassistència en el catàleg de serveis del SAAD, però que no substitueix al model anterior.
2007	Es divulguen els estàndards de l'Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) ¹² i s'incrementen els processos de certificació d'empreses proveïdores.

Són les dades de les administracions les que millor expressen l'expansió del servei. És el cas de la Diputació de Barcelona, que se subscriu al conveni Imsero-FEMP el 2005. Per aquesta època els usuaris de teleassistència a la seva regió sumaven 3.800¹³ i la Creu Roja es presentava com el principal proveïdor dels ajuntaments. En signar el conveni amb l'Imsero, un únic proveïdor privat assumeix la gestió dels 311 municipis de la Diputació de Barcelona, després de guanyar el concurs. El nombre d'usuaris passa, al cap d'un any, a 15.000 arribant el 2010 a prop de 48.000¹³, una taxa de creixement propulsada pel cofinançament i per l'increment de les ajudes locals destinades a la gent gran o discapacitats.

El 2006 el servei de teleassistència va experimentar un gir, producte de l'anomenada "Ley de la dependencia"¹¹. Aquesta no suprimeix ni canvia el model de provisió, però afegeix la teleassistència a un catàleg de serveis propis, li confereix el caràcter de dret universal i condiciona el seu accés als resultats d'avaluacions del grau de dependència del potencial usuari. En conseqüència, comencen a coexistir dues maneres de provisió d'un mateix servei (l'àmbit local, i el Sistema per l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència - SAAD), amb diferents fluxos i requisits, però administrat per les mateixes entitats i adreçats a població d'ianes molt semblants. Això ha causat certa confusió entre els professionals sanitaris i dels serveis socials:

Treballadora social: Al Maresme (província de Barcelona) des que hi ha la dependència tot passa per aquesta llei. Fins i tot hi ha gent que la vol (la teleassistència) i llavors la treballadora social el que fa és sol·licitar la dependència perquè a través d'allà es tramita.

Infermera: Però i si no té dependència?

Treballadora Social. No ho sé... m'imagino que passaria per una altra via alternativa, però en principi la sol·licitud es fa així, i hem d'anar a valorar-ho abans de fer alguna cosa.

Infermera: No, a Barcelona no. Cada ciutat és diferent... pel volum de població que hi ha, si tot hagués de passar per la llei de la dependència no hi hauria una llista d'espera de 6 mesos, sinó de 10 anys!

(GD08B)

Aquesta duplictat afecta també les dades de cobertura nacional, difícils de computar, ja que cada comunitat disposa i gestiona les prestacions del servei d'una manera particular –sigui pel seu propi catàleg de serveis socials o per les prestacions del catàleg de serveis del SAAD. Per exemple, a Catalunya les dades del SAAD¹⁴ assenyalen 9.182 beneficiaris de teleassistència per prestacions referides a la llei de la dependència. No obstant això, només en l'àrea de la Diputació de Barcelona¹³ hi ha més de 48.000 usuaris de teleassistència pública, número que es dobla si se sumen els 50.000 de la ciutat de Barcelona¹⁵. A Andalusia, el SAAD¹⁴ té en el seu còmput 57.770 usuaris de teleassistència, però dades de l'Administració autonòmica revelen un nombre d'usuaris a l'entorn de 160.000¹⁶. Crida l'atenció també que Andalusia obtingui el 50% de totes les prestacions de teleassistència del SAAD¹⁴, cosa

que no necessàriament revela una major cobertura del servei de teleassistència pública, però sí diferències en la gestió dels ajuts.

A més d'un doble model de provisió, trobem testimonis que assenyalen diferències en l'aplicació dels criteris de concessió, incloent-hi les condicions de copagament o gratuïtat. Regulat pels criteris generals de concessió de les normes del IMSERSO⁴ i també pels supòsits de dependència¹¹, el servei s'adapta a limitacions pressupostàries dels ajuntaments i s'ajusta a les seves polítiques locals.



Entrevistador: S'ha de demanar la teleassistència a l'assistència social?

Professional de teleassistència: doncs depèn (...) hi ha ajuntaments que el tenen contractat, llavors, depenent de quines siguin les condicions doncs et financen una part, o potser tota, és a dir, això ja depèn de cada ajuntament, hi ha ciutats en les quals per als majors de vuitanta anys o vuitanta-cinc, ja és automàtic, és a dir, ho demanes i ja t'ho posen i t'ho paguen.

(GD01CM).

La Junta d'Andalusia, per exemple, estableix el 100% de bonificació en el cost del Servei de teleassistència per a les persones en situació de dependència majors de 80 anys i per als menors de 80 en una determinada situació econòmica (és a dir, l'ofereix gratuïtament en aquests casos). També l'aplica, en algunes condicions, als majors de 65 anys que no estan o no tenen reconeguda la seva situació de dependència¹⁷. D'altra banda, a la Diputació de Barcelona les bonificacions i el cost final per a l'usuari depenen dels mecanismes de copagament establerts per cada municipi¹⁸.

El panorama és encara més heterogeni quan es té en consideració que les empreses privades solen afegir serveis extres a la cartera bàsica del servei d'alarmes, com activitats culturals, excursions, visites de treballadores socials i servei actiu de trucades. Oferts per obtenir un avantatge competitiu en els concursos públics, aquests serveis acaben per generar confusió i duplicitats sobre les responsabilitats ja establertes en centres d'atenció primària (com les trucades per advertir sobre onades de calor), a més de dubtes sobre les responsabilitats i els límits d'acció del proveïdor de teleassistència en un sector encara no totalment regulat.

D'altra banda, guanya protagonisme el paper de les centrals de trucades que actuen essencialment com un ens mediador d'altres recursos i serveis, sent els seus oficials els que es dirigeixen directament al domicili quan un usuari no contesta o no pot determinar amb seguretat el que passa (això, en el cas que disposin d'unitats mòbils). Aquests serveis suposen noves relacions entre institucions, professionals i usuaris, amb efectes en els processos de presa de decisió i en el disseny de noves responsabilitats, com queda il·lustrat:

Oficial de teleassistència: Força vegades som els primers, perquè no contesten, no se sap què és, hi anem nosaltres. Ens podem trobar amb una persona agonitzant, amb una persona dessagnant (...). Després, el que demanem és

l'ambulància, el que demanem és un metge, o demanem bombers, demanem el que faci falta (...) i ells són els serveis públics, bombers, policia, Samur..., i nosaltres som una empresa privada (...) subcontractada per l'ajuntament (...).

(E08M)

Oficial de teleassistència: Llavors, si tens un problema sanitari, truca al 061 perquè el 112 l'únic que farà és trucar al 061, perds temps. Però, per exemple, si és una alarma directament de bombers, el que han de fer les operadores és trucar al 112 i ells criden a bombers i bé, se sol mobilitzar; si es mobilitzen els bombers, se sol mobilitzar Samur i la policia nacional. Hi va tothom“

(E03M)

La telecura pateix l'absència d'evidències robustes sobre la seva relació cost/efectivitat

Un cop fet aquest breu recorregut per l'expansió i la implementació dels serveis de teleassistència es perceben algunes qüestions rellevants: la duplicitat del model de provisió, la juxtaposició de tràmits administratius, la dificultat d'obtenció de dades de cobertura fiables, la necessària coordinació de les institucions i la regulació de les responsabilitats del treball en teleassistència. No obstant això, els possibles efectes d'aquestes qüestions, tant en els usuaris com en els sistemes sanitaris, romanen inexplorats en la literatura científica espanyola i no apareixen tampoc en el debat públic. D'altra banda, és sabut que la telecura, així com la telemedicina, pateix l'absència d'evidències robustes sobre la seva relació cost/efectivitat⁵ i creix a Europa l'interès per estudis dedicats a identificar evidències científiques dels seus efectes. En alguns països europeus, això es tradueix en assaigs clínics aleatoris, com la iniciativa WSD (Whole System Demonstrator) del Regne Unit, la més gran del gènere¹⁹.

Discussió

En un context de descentralització, en què les administracions locals són responsables de la seva pròpia cartera de serveis, l'heterogeneïtat en els serveis socials no és una cosa nova. No obstant això, la creació del SAAD i la inclusió de la teleassistència dins la seva cartera de serveis universals¹¹ introdueix un nou nivell de complexitat. Aquesta situació requereix una indagació sobre la possible generació de desigualtats potser no entre comunitats autònomes, però sí entre ajuntaments. Sobre això es pot consultar el treball de Montserrat²⁰ sobre la percepció del cofinançament dels serveis del SAAD.

De fet l'admissió del copagament en la teleassistència, també garantida per la *Ley de la Dependència*¹¹, és una pràctica corrent en altres prestacions dels serveis socials i no constitueix una novetat en ella mateixa. Però la qüestió es complica si la teleassistència camina cap a la monitorització remota i l'intercanvi d'informació de salut, amb sensors biomètrics i de dades vitals, experiències en curs en projectes pilots²¹⁻²². Com se sap en l'àmbit sanitari l'assistència és universal i gratuïta al punt d'ús. En oferir serveis de monitoratge per a la pràctica clínica, la teleassistència ofereix noves possibilitats

d'interpretació pel que fa a la participació dels usuaris en el seu cofinançament.

També remarquem que és imperiós enfrontar qüestions relacionades amb l'oferta i la gestió de la teleassistència atès el moment de discussió de la sostenibilitat del sistema sanitari, els seus deutes amb proveïdors i el seu model de finançament. El millor aprofitament del potencial mediador de les centrals, l'increment de la interoperabilitat entre els sistemes d'informació i la regulació del nou sector de treball són mecanismes importants per a la promoció de la sinergia entre les diferents institucions involucrades. La teleassistència actual pot ser una aliada de les accions d'atenció primària, per exemple, reduint i ordenant fluxos. Però limitar-la a un sistema d'alarma personal redueix el seu potencial. Creure que els serveis addicionals dels proveïdors són avantatges competitius, moltes vegades també implica pagar el doble pel mateix servei. En un context en què es replantegen els criteris de concessió d'ajuts socio-sanitaris, urgeix promoure la convergència dels serveis, tot ajustant els processos de treball i optimitzant les relacions entre els actors institucionals.

A més, polítics i gestors viuen el repte de compaginar les restriccions als principis d'equitat i universalitat –molt apreciats en els sistemes de benestar– i s'enfronten durament amb la pressió dels professionals sanitaris en la seva defensa. Es tracta d'un moment propici perquè s'incrementin altres fòrums de participació i s'aguditzi l'escolta per a discursos que també facin evidents els encerts i els reptes de l'actual model de telecure a Espanya.

En aquest sentit, els acadèmics dedicats als estudis socials de la ciència i tecnologia²³⁻²⁷ defensen la necessitat d'un abordatge més participatiu en el disseny, implementació i avaluació de serveis com la teleassistència. En aquest sentit, Mort, Finch i May²⁶ i Callen i cols.²⁷ afirmen que els usuaris solen estar absents de la producció de coneixement sobre la seva efectivitat i de l'elaboració de polítiques per a la seva regulació. En la majoria dels casos, la implicació ciutadana en qüestions tecnocientífiques s'ha circumscrit a la presa de decisions en polítiques científiques o a l'avaluació de tecnologies i rars vegades implica participació a nivell del disseny tecnològic o en les pràctiques de recerca²³. Sens dubte la perspectiva dels professionals socio-sanitaris i dels mateixos usuaris de teleassistència pot obrir pas a les pràctiques més participatives de producció de coneixement i de debat de l'actual model de telecure a Espanya.

Roig i Saïgi⁵ adverteixen sobre les limitacions metodològiques de l'aplicació estricta del model tradicional d'avaluació de tecnologies mèdiques –centrat en evidències– al camp de la telemedicina i criden l'atenció per a altres aproximacions, a partir de la comprensió de les relacions i interaccions que estableixen diferents actors. Les seves crítiques són igualment pertinents per al cas de la telecure i es pot identificar en la literatura un altre vessant d'aproximació al tema que porta en consideració les perspectives dels actors implicats, com el cas del treball de Mahtani²⁸ sobre la telemedicina a Espanya.



ya. Així que, conegudes les limitacions que comporten els estudis qualitius pel que fa a la impossibilitat de generalitzacions i als judicis de valor presents en els discursos amb què es treballa, el treball etnogràfic conjugat a les anàlisis de política pot enriquir el debat sobre l'actual model de telecura a Espanya.

Finalment, es conclou que la teleassistència és un servei públic consolidat en la cartera de prestacions socials a Espanya, però que encara necessita una revisió exhaustiva per part dels formuladors de polítiques, prenedors de decisions i gestors socio-sanitaris. L'anàlisi de la trajectòria d'implementació d'aquest servei a Espanya permet identificar possibles conseqüències en el sistema de salut i els serveis socials, sigui en els seus principis fonamentals (com l'equitat i la universalitat de la salut) o en l'administració dels serveis. Per perfeccionar l'actual model de telecura, a més de mesures de gestió, se suggereix l'ampliació del debat públic i l'adopció de models participatius d'avaluació d'aquestes tecnologies.

Agraïments

Agraïm als altres membres del grup de recerca GESCIT del Departament de Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona les seves aportacions a aquest article, en el context dels seus seminaris periòdics.

Maria Tereza L. Cavalcante

Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona.

Campus UAB Bellaterra. Barcelona. 08193. España.

mtleal@peretarres.org

Juan Carlos Aceros Gualdrón

juancarlos.aceros@uab.cat

Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona.

Campus UAB Bellaterra. Barcelona. 08193. España

Miquel Domènech i Argemí

miquel.domenech@uab.cat

Departament de Psicologia Social. Universitat Autònoma de Barcelona.

Campus UAB Bellaterra. Barcelona. 08193. España.

Bibliografia

- 1 Wilson P, Lessens V. Rising to the challenges of eHealth across Europe's regions. eHealth 2006. High Level Conference, Exhibition and Associated Events; 10-12 maig 2006; Málaga, España.
- 2 e-Via: Plataforma Tecnològica Espanyola de tecnologies para la Salud, el Bienestar y la Cohesión Social. Agenda Estratégica de Investigación eVIA v5 2; 3 desembre 2009. Disponible a: <http://www.idi.aetic.es/evia/>

- 3 Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Telesistencia. BOJA núm 111 12/6/ 2006
- 4 Imserso. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Normas Generales del Servicio de Telesistencia Domiciliaria. Programa de Telesistencia IMSERSO-FEMP. España: Ministerio de Sanidad y Política Social; octubre 1999.
- 5 Roig F, Saigí F. Dificultades para incorporar la telemedicina en las organizaciones sanitarias: perspectivas analíticas. Gac Sanit 2009;23:147e1–e4.
- 6 Referència omesa atès l'anonimat en el procés de peer review
- 7 Referència omesa atès l'anonimat en el procés de peer review
- 8 18ª Conferencia Europea de Servicios Sociales. Barcelona; 21-23 juny 2010. Referència parcialment omesa atès l'anonimat en el procés de peer review.
- 9 Referència omesa atès l'anonimat en el procés de peer review
- 10 Tunstall Ibérica©. Tunstall en España. Disponible en: <http://www.tunstall.es/es/index.htm?cualpagina=1>
- 11 Boletín Oficial del Estado. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. L. N. ° 39/2006 de 14 diciembre de 2006. BOE núm 299 15/12/2006.
- 12 UNE 158401:2007 Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de telesistencia. Requisitos AENOR Asociación Española para la Normalización y Certificación; 12 diciembre 2007.
- 13 Nogué AS. La experiencia del area de bienestar social de la Diputación de Barcelona. Seminarios de la Fundación Socinfo: Soluciones TIC a la Ley de la Dependencia (III); 27 octubre 2009; Madrid, España. Disponible en: <http://www.socinfo.es/contenido/seminarios/dependencia3/barcelona.pdf>
- 14 Imserso. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia – SAAD. Personas beneficiarias y prestaciones. Situación a 1º de julio de 2011. Disponible en: <http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/index.html>
- 15 Ajuntament de Barcelona. El servei de teleassistència municipal arriba a 50.000 persones usuàries. Nota de Premsa; 11 marzo 2011. Disponible en: <http://www.bcn.cat/media>
- 16 Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Micaela Navarro destaca que las personas mayores se incorporan 'con normalidad' a las nuevas tecnologías Noticias. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/modules/com.opencms.presentacionCIBS/paginas/detalle.jsp?tipoContenido=/Noticia/&contenido=/Personas_Mayores/Noticia/11.07.25
- 17 Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Información institucionales sobre el Servicio Andaluz de Telesistencia. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciososocialesydependencia/es/programas/sat/satinfo/wfprogramitem_view_pub



- 18 Diputació de Barcelona. Información institucional sobre los servicios de teleasistencia. Area de Benestar Social. Disponible en: <http://www.diba.es/web/benestar/teleassistencia>
- 19 Goodwin N. The state of telehealth and telecare in the UK: prospects for integrated care. *Journal of Integrated Care* 2010;18:3-10.
- 20 Montserrat JC. La tercera vía de financiación: la contribución económica del usuario. *Presupuesto y Gasto Público* 2009;56:127-43.
- 21 Valero MA, Sánchez JA, Bermejo AB. Servicios y tecnologías de teleasistencia: tendencias y retos en el hogar digital. Madrid; Fundación madri+d para el Conocimiento; 2007. Informe de vigilancia tecnológica.
- 22 Otero J, Gómez A. Integración de dispositivos biomédicos en sistemas de teleasistencia. Galicia: Centro de Supercomputación de Galicia; 2007. Informe Técnico CESGA-2007-002.
- 23 Lengwiler M. Participatory approaches in science and technology. Historical origins and current practices in critical perspective. *Sci Technol Human Values* 2008; 33: 186-200.
- 24 Finch TL, Mort M, Mair F et al. Future Patients? Telehealthcare, roles and responsibilities. *Health Soc Care Community* 2008;16:86-95.
- 25 Mort M, Finch T. Principles for telemedicine and telecare: the perspective of a citizens' panel. *J Telemed Telecare* 2005;11Supl1:66-8.
- 26 Mort M, Finch T, May C. Making and unmaking telepatients. Identity and governance in new health technologies. *Sci Technol Human Values* 2009;34:9-33.
- 27 Callen B, Domènech M, López D et al. Telecare research: (Cosmo)politicizing methodology. *Alter. European Journal of Disability Research* 2009;3:110-22.
- 28 Mahtani CV, Martín RLF, Soto EP et al. Implantación de programas de telemedicina en la sanidad pública de España: experiencia desde la perspectiva de clínicos y decisores. *Gac Sanit* 2009; 23:223-29.

1 Aquest treball va ser possible pel finançament dels següents projectes d'investigació: "Efortt Project - Ethical Frameworks for Telecare Technologies for Older People at Home" (FP7-SCIENCE-IN-SOCIETY-2007-1); Tecnología y Atención a la Dependencia: Análisis de los Efectos Psicosociales de la Implementación de la Teleasistencia". Ministerio de Ciencia e Innovación (CSO200806308-C02-01/SOCI. 2009/2011) i "Teleasistencia, Dependencia y Vejez: análisis comparado de políticas en Europa". Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR), contracte postdoctoral Beatriu de Pinós (2008 BP B 00029).
