

Maria Tereza Leal
Juan Carlos Aceros
Miquel Domènech

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

Resumen

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

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

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 telecura 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

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

Cómo citar este artículo:

Leal, M.T.; Aceros, J.C.; Domènech, M. (2012). "Teleasistencia pública en España: consideraciones de sus efectos en los servicios sociales y sanitarios". *Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 51, p.91 - p.102

▲ Introducción

Los desarrollos en teleasistencia y domótica (la ciencia de las tecnologías electrónicas aplicadas al hogar) están evolucionando rápidamente en los últimos años y constituyen un sector económicamente atrayente en España y Europa. Incluso en un contexto de crisis, esas tecnologías despiertan cada vez más el interés en el campo sanitario y cobran protagonismo en discusiones antes ocupadas solamente por la telemedicina¹. La Plataforma Tecnológica Española de Tecnologías para la Salud, el Bienestar y la Cohesión Social expresa la relevancia del tema en la agenda nacional².

La experiencia más concreta de los españoles con el llamado telecuidado viene ocurriendo por la utilización de los servicios de teleasistencia, introducidos por la Cruz Roja a principios de los años 90. Subsidiada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) desde 1993, la teleasistencia fue rápidamente absorbida por los servicios sociales de los ayuntamientos y diputaciones, constituyéndose un servicio gestionado localmente y ofertado por intermedio de proveedores privados (a excepción de Andalucía, donde lo ofrece un proveedor público)³.

Los beneficios comúnmente asociados a esa tecnología se basan en su potencial para mejorar la calidad de vida de los usuarios en sus propias casas, reduciendo ingresos innecesarios en hospitales y/o residencias⁴. El servicio se caracteriza por la instalación de un aparato de telecomunicación en la casa de las personas mayores o dependientes permitiéndoles estar conectados 24 horas al día a una central de llamadas. La comunicación con la central es inmediata por línea telefónica gracias a un botón rojo en la interfaz del aparato. Los usuarios cuentan además con un colgante que les permite solicitar asistencia desde cualquier lugar de su casa. Una vez llamada la central, esta identifica el problema y acciona los recursos o servicios correspondientes –la familia, la ambulancia, la atención primaria, los servicios sociales– o envía sus propias unidades móviles cuando es el caso (la existencia de unidades móviles depende de un ratio de usuarios atendidos por central)⁴. En muchos casos el proveedor de teleasistencia también custodia copias de las llaves de la casa del usuario.

No obstante su popularidad, al igual que en el caso de la telemedicina⁵, las tecnologías de teleasistencia y telecuidado se han difundido sin que se sepa a ciencia cierta cuáles son las consecuencias de su incorporación en las prácticas asistenciales. Por eso, el objetivo de este artículo es analizar la trayectoria de implementación de este servicio, tejiendo consideraciones sobre sus efectos en el sector social y sanitario. En las próximas páginas, se conjuga el análisis de su proceso de institucionalización a la percepción de profesionales de servicios sociales y de salud, llamando la atención a formuladores de políticas y tomadores de decisiones sobre aspectos clave respecto a la organización de esos servicios en la cartera de prestaciones socio-sanitarias.

Material y métodos

El presente estudio es el resultado de dos proyectos de investigación, uno a nivel Europeo y otro en ámbito nacional, realizados durante el periodo de 2008-2011. El primero⁶ de ellos tuvo como objetivo examinar las implicaciones éticas y sociales relativas al uso de tecnologías de teleasistencia en distintas regiones de Europa (Inglaterra, Noruega, Holanda y España). El segundo se propuso analizar los efectos de la tecnificación de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia en España⁷. Para alcanzar ambos objetivos se diseñó una investigación cualitativa con empleo de técnicas etnográficas, grupos de discusión y entrevistas en profundidad a actores clave (véase Tabla 1). Se procuró disponer de una muestra de casos lo más heterogénea posible: se analizaron contextos rurales y urbanos, servicios públicos y privados, diferentes situaciones de salud y edades de usuarios. Se facilitó el término de consentimiento informado siempre que fuese necesario y se aseguró el anonimato. Por otro lado, también se utilizó un abordaje deliberativo con la realización de paneles ciudadanos y la constitución de un *advisory group* con representantes del campo de la teleasistencia y de grupos concernidos. Además, se hizo la recopilación y el análisis de documentos de política, normas y marcos regulatorios.

Para acercarse a los servicios de teleasistencia en España se contactó inicialmente con la Cruz Roja, pionera en ofrecer el servicio por intermedio de acuerdos locales con las administraciones. Ese contacto favoreció la proximidad con profesionales de la teleasistencia, usuarios, familiares y voluntarios en diferentes Comunidades Autónomas como Cataluña y Castilla-La Mancha. Otros proveedores privados de la teleasistencia pública permitieron el acceso a sus equipos, como en el caso de la región de Madrid. También se contactó con los proveedores y empresas de tecnología y con coordinadores de proyectos de I+D en telecuidado como el proyecto Hogar Digital.



Técnica	Cantidad	Localidad
Observación participante		
Instalación de Teleasistencia	1	Badalona, Palamós, Salt, Lledó, Taradell, Madrid, Coslada, Parla
Averías a usuarios	8	
Visitas de voluntarios Cruz Roja	7	
Profesionales de Teleasistencia	1	
Procesos administrativos	2	
Testes de tecnología	2	
Reunión con servicios sociales	2	
Reunión con gestores de Teleasistencia	2	
Total	25	
Entrevistas etnográficas		
Usuarios de teleasistencia de la Cruz Roja	10	Barcelona, Pallejà, Castellbisbal, Sant Martí de Centelles, Cornellà de Llobregat, Badalona, Madrid, Azuqueca de Henares (Guadalajara), Malasaña, La Línea (Cádiz), Algeciras, Málaga, Zaragoza
Usuarios y familiares de teleasistencia de otros proveedores	11	
Gestores y profesionales de teleasistencia	3	
Total	24	
Entrevistas en profundidad		
Diseñadores y directores de empresas de tecnología	8	Madrid, Barcelona
Total	8	
Grupos de discusión		
Profesionales, teleoperadores, técnicos y voluntarios	5	Barcelona, Igualada, Mataró, Badalona, Granollers, Vic, Vilafranca del Penedès, Valera de Abajo (Cuenca Guadalajara), Toledo, Almodovar del Campo (Ciudad Real), Guadalajara (Central Teleasistencia Castilla La Mancha)
Usuarios de teleasistencia	4	
Mixtos (usuarios, profesionales y voluntarios)	2	
Familiares y cuidadores	3	
Familiares y cuidadores sin teleasistencia	1	
Total	15	

Todo el material de campo fue transcrito y analizado, buscando temas recurrentes que correspondieran a las preguntas de investigación, sin descartar cuestiones emergentes. El resultado fue la construcción de una matriz analítica con 7 ejes principales:

- la transformación de las prácticas de cuidado existentes,
- el proceso de envejecer asociado a la teleasistencia domiciliaria (TAD);
- la definición de cuidado,
- la re-significación de lugar, distancia y hogar;
- los nuevos sistemas de cuidado y hogares inteligentes;
- las cuestiones éticas, riesgos legales y privacidad,
- las transformaciones en los sistemas social y sanitario. A su vez, cada eje se desdobló en categorías de análisis más específicas.

Este artículo presenta los resultados relativos al eje analítico 7. Para tal fin, se articulan datos e informaciones referentes a la implementación de la política de la teleasistencia en España con la percepción de algunos de los profesionales del sector social y sanitario. Sus testimonios, consignados en la forma de citas textuales, ilustran el proceso de institucionalización del servicio y aportan elementos para la discusión del actual modelo de telecuidado en España.



Como estrategia de validación, los resultados de la investigación fueron discutidos en el *Advisory Group*, en los paneles ciudadanos y en reuniones con investigadores de los otros países europeos participantes. También fueron debatidos en dos conferencias internacionales: en la 18ª Conferencia Europea de Servicios Sociales⁸ y en la Conferencia Internacional Envejecimiento y tecnología: Conferencia-Debate sobre el cuidado en Europa⁹, promovida por el proyecto de investigación europeo⁶.

Resultados

La expansión de la teleasistencia en España en los últimos 20 años ha sido intensa y se ha visto favorecida por las políticas de apoyo a los ciudadanos mayores o dependientes. El Estado ha venido promoviendo la teleasistencia pública a través de medidas de co-financiación y regulación. Por otro lado, nuevos actores han entrado en el escenario socio-sanitario estableciendo relaciones con las familias, los servicios sanitarios y con los procesos de desarrollo tecnológico. Nos referimos a proveedores privados, coordinadores, teleoperadores, oficiales de teleasistencia y sus unidades móviles. Para apreciar la forma como las relaciones entre estos distintos actores se han institucionalizado, se estableció una cronología con los hechos más relevantes (véase, Tabla 2).

La expansión de la teleasistencia se ha visto favorecida por las políticas de apoyo a los ciudadanos mayores o dependientes

Años	Hechos
1990/1993	Introducción del servicio en España por la Cruz Roja.
1991	Se inician las operaciones en España de la mayor empresa de aparatos de teleasistencia, proveedora de la Cruz Roja. Sus datos indican, a día de hoy, la venta de más de 150.000 mil aparatos a proveedores de servicios en España ¹⁰ .
1993	Implementación del convenio-marco suscrito entre el Imserso y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) garantizando la co-financiación estatal del 65% del servicio. Diputaciones y ayuntamientos gradualmente se adhieren al acuerdo ⁴ .
1999	Se divulga el primer marco regulatorio: las normas del Imserso ⁴ , un referente para administraciones y proveedores que hasta hoy sigue pautando la provisión del servicio.
2006	Se promulga la Ley de la Dependencia ¹¹ que incluye la teleasistencia en el catálogo de servicios del SAAD, pero que no substituye al modelo anterior.
2007	Se divulgan los estándares de la Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) ¹² y se incrementan los procesos de certificación de empresas proveedoras.

Son los datos de las administraciones los que mejor expresan la expansión del servicio. Es el caso de la Diputación de Barcelona, que se suscribe al convenio Imserso-FEMP en 2005. Por esa época los usuarios de teleasistencia en su región sumaban 3.800¹³ y la Cruz Roja se presentaba como el principal proveedor de los ayuntamientos. Al firmarse el convenio con el Imserso, un único proveedor privado asume la gestión de los 311 municipios de la Diputación de Barcelona, después de ganar el concurso. El número de usuarios pasa, al cabo de un año, a 15.000 llegando en 2010 a cerca de 48.000¹³, una tasa de crecimiento propulsada por la co-financiación y por el incremento de las ayudas locales destinadas a la gente mayor o a discapacitados.

En 2006 el servicio de teleasistencia experimentó un giro, producto de la llamada “Ley de la dependencia”¹¹. La misma no suprime ni cambia el modelo de provisión, pero añade la teleasistencia a un catálogo de servicios propios, le confiere el carácter de derecho universal y condiciona su acceso a los resultados de evaluaciones del grado de dependencia del potencial usuario. En consecuencia, empiezan a coexistir dos modos de provisión de un mismo servicio (el ámbito local, y el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia - SAAD), con distintos flujos y requisitos, pero administrado por las mismas entidades y dirigidos a población dianas muy semejantes. Esto ha causado cierta confusión entre los profesionales sanitarios y de los servicios sociales:

Trabajadora social: En el Maresme (provincia de Barcelona) desde que està la dependencia todo pasa por esa ley. Incluso hay gente que la quiere (la teleasistencia) y entonces la trabajadora social lo que hace es solicitar la dependencia porque a través de allí se tramita. Enfermera: ¿Pero y si no tiene dependencia?

Trabajadora Social. No sé... me imagino que pasaría por otra vía alternativa, pero en principio la solicitud se hace así, y tenemos que ir a valorar antes de hacer algo.

Enfermera: No, en Barcelona no. Cada ciudad es diferente..., por el volumen de población que hay, si todo tuviera que pasar por la ley de la dependencia no habría una lista de espera de 6 meses, ¡sino de 10 años! (GD08B).

Tal duplicidad afecta también a los datos de cobertura nacional, difíciles de computar, pues cada comunidad dispone y gestiona las prestaciones del servicio de un modo particular—sea por su propio catálogo de servicios sociales o por las prestaciones del catálogo de servicios del SAAD. Por ejemplo, en Cataluña los datos del SAAD¹⁴ señalan 9.182 beneficiarios de teleasistencia por prestaciones referidas a la ley de la dependencia. Sin embargo, solamente en el área de la Diputación de Barcelona¹³ hay más de 48.000 usuarios de teleasistencia pública, número que se dobla si se suman los 50.000 de la ciudad de Barcelona¹⁵. En Andalucía, el SAAD¹⁴ tiene en su cómputo 57.770 usuarios de teleasistencia, pero datos de la Administración autonómica revelan un número de usuarios en torno de 160.000¹⁶. Llama la atención también que Andalucía obtenga el 50% de todas las prestaciones de teleasistencia del SAAD¹⁴, lo que no necesariamente revela una mayor cobertura del servicio de teleasistencia pública, pero sí diferencias en la gestión de las ayudas.

Además de un doble modelo de provisión, encontramos testimonios que señalan diferencias en la aplicación de los criterios de concesión, incluyéndose las condiciones de co-pago o gratuidad. Regulado por los criterios generales de concesión de las normas del IMSERSO⁴ y también por los supuestos de dependencia¹¹, el servicio se adapta a limitaciones presupuestarias de los ayuntamientos y se ajusta a sus políticas locales.

Entrevistador: ¿Se tiene que pedir la teleasistencia a la asistencia social?
Profesional de teleasistencia: Pues depende (...) hay ayuntamientos que lo tienen contratado, entonces, dependiendo de cuales sean las condiciones pues te financian una parte, o a lo mejor toda, o sea, eso ya depende de cada ayuntamiento, hay ciudades en las cuales para los mayores de ochenta años u ochenta y cinco, ya es automático, o sea lo pides y ya te lo ponen y te lo pagan. (GD01CM)



La Junta de Andalucía, por ejemplo, establece el 100% de bonificación en el coste del Servicio de teleasistencia para las personas en situación de dependencia mayores de 80 años y para los menores de 80 en una determinada situación económica (es decir, lo ofrece gratuitamente en tales casos). También lo aplica, en algunas condiciones, a los mayores de 65 años que no están o no tienen reconocida su situación de dependencia¹⁷. Por otro lado, en la Diputación de Barcelona las bonificaciones y el coste final para el usuario dependen de los mecanismos de co-pago establecidos por cada municipio¹⁸.

El panorama es aún más heterogéneo cuando se tiene en consideración que las empresas privadas suelen añadir servicios extras a la cartera básica del servicio de alarmas, como actividades culturales, excursiones, visitas de trabajadoras sociales y servicio activo de llamadas. Ofertados para obtener una ventaja competitiva en los concursos públicos, esos servicios terminan por generar confusión y duplicidades sobre las responsabilidades ya establecidas en centros de atención primaria (como las llamadas para advertir sobre olas de calor), además de dudas sobre las responsabilidades y los límites de acción del proveedor de teleasistencia en un sector aún no totalmente regulado.

Por otro lado, gana protagonismo el papel de las centrales de llamadas que actúan esencialmente como un ente mediador de otros recursos y servicios, siendo sus oficiales los que se dirigen directamente al domicilio cuando un usuario no contesta o no puede determinar con seguridad lo que ocurre (esto, en el supuesto de que cuenten con unidades móviles). Dichos servicios suponen nuevas relaciones entre instituciones, profesionales y usuarios, con efectos en los procesos de toma de decisión y en el diseño de nuevas responsabilidades, como queda ilustrado:

Oficial de teleasistencia: Bastantes veces somos los primeros, porque no contestan, no se sabe qué es, vamos nosotros. Nos podemos encontrar con una persona agonizando, con una persona desangrándose (...). Luego, lo que pedimos es la ambulancia, lo que pedimos es un médico, o pedimos bomberos, pedimos lo que haga falta (...) y ellos son los servicios públicos,

bomberos, policía, Samur..., y nosotros somos una empresa privada (...) subcontratada por el ayuntamiento (...).
(E08M)

Oficial de teleasistencia: Entonces, si tienes un problema sanitario, llama al 061 porque el 112 lo único que va a hacer es llamar al 061, pierdes tiempo. Pero, por ejemplo, si es una alarma directamente de bomberos, lo que tienen que hacer las operadoras es llamar al 112 y ellos llaman a bomberos y bueno, se suele movilizar; si se moviliza a bomberos, se suele movilizar a Samur y a la policía nacional. Va todo el mundo.
(E03M)

El telecuidado
sufre la ausencia
de evidencias
robustas sobre
su relación coste/
efectividad

Hecho este breve recorrido por la expansión y la implementación de los servicios de teleasistencia se perciben algunas cuestiones relevantes: la duplicidad del modelo de provisión, la yuxtaposición de trámites administrativos, la dificultad de obtención de datos de cobertura fiables, la necesaria coordinación de las instituciones y la regulación de las responsabilidades del trabajo en teleasistencia. No obstante, los posibles efectos de tales cuestiones, tanto en los usuarios como en los sistemas sanitarios, permanecen inexplorados en la literatura científica española y tampoco aparecen en el debate público. Por otro lado, es sabido que el telecuidado, así como la telemedicina, sufre la ausencia de evidencias robustas sobre su relación coste/efectividad⁵ y crece en Europa el interés por estudios dedicados a identificar evidencias científicas de sus efectos. En algunos países europeos, eso se traduce en ensayos clínicos aleatorios, como la iniciativa WSD (Whole System Demonstrator) del Reino Unido, la más grande del género¹⁹.

Discusión

En un contexto de descentralización, en el que las administraciones locales son responsables de su propia cartera de servicios, la heterogeneidad en los servicios sociales no es algo nuevo. No obstante, la creación del SAAD y la inclusión de la teleasistencia dentro de su cartera de servicios universales¹¹ introduce un nuevo nivel de complejidad. Esta situación requiere una indagación sobre la posible generación de desigualdades, quizás no entre Comunidades Autónomas, pero sí entre ayuntamientos. Al respecto puede consultarse el trabajo de Montserrat²⁰ sobre la percepción de la cofinanciación de los servicios del SAAD.

De hecho la admisión del co-pago en la teleasistencia, también garantizada por la Ley de la Dependencia¹¹, es una práctica corriente en otras prestaciones de los servicios sociales y no constituye una novedad en sí misma. Pero la cuestión se complica si la teleasistencia camina hacia la monitorización remota y el intercambio de información de salud, con sensores biométricos y de datos vitales, experiencias en curso en proyectos pilotos²¹⁻²². Como se sabe en el ámbito sanitario la asistencia es universal y gratuita en el punto de uso. Al ofrecer servicios de monitorización para la práctica clínica, la teleasistencia ofrece nuevas posibilidades de interpretación respecto a la participación de los usuarios en su cofinanciación.

También remarcamos que es imperioso enfrentar cuestiones relacionadas con la oferta y la gestión de la teleasistencia dado el momento de discusión de la sostenibilidad del sistema sanitario, sus deudas con proveedores y su modelo de financiación. El mejor aprovechamiento del potencial mediador de las centrales, el incremento de la interoperabilidad entre los sistemas de información y la regulación del nuevo sector de trabajo son mecanismos importantes para la promoción de la sinergia entre las diferentes instituciones involucradas. La teleasistencia actual puede ser una aliada de las acciones de atención primaria; por ejemplo, reduciendo y ordenando flujos. Pero limitarla a un sistema de alarma personal reduce su potencial. Creer que los servicios adicionales de los proveedores son ventajas competitivas, muchas veces también implica pagar el doble por el mismo servicio. En un contexto en el que se replantean los criterios de concesión de ayudas sociosanitarias, urge promover la convergencia de los servicios, ajustando los procesos de trabajo y optimizando las relaciones entre los actores institucionales.



Además, políticos y gestores viven el reto de compaginar las restricciones a los principios de equidad y universalidad –muy apreciados en los sistemas de bienestar– y se enfrentan duramente con la presión de los profesionales sanitarios en su defensa. Se trata de un momento propicio para que se incrementen otros fóruns de participación y se agudice la escucha para discursos que también hagan evidentes los aciertos y los retos del actual modelo de telecuidado en España.

En ese sentido, los académicos dedicados a los estudios sociales de la ciencia y tecnología²³⁻²⁷ vienen defendiendo la necesidad de un abordaje más participativo en el diseño, implementación y evaluación de servicios como la teleasistencia. En este sentido, Mort, Finch y May²⁶ y Callen y cols.²⁷ afirman que los usuarios suelen estar ausentes de la producción de conocimiento sobre su efectividad y de la elaboración de políticas para su regulación. En la mayoría de los casos, la implicación ciudadana en cuestiones tecno-científicas se ha circunscrito a la toma de decisiones en políticas científicas o a la evaluación de tecnologías y rara vez implica participación a nivel del diseño tecnológico o en las prácticas de investigación²³. Sin duda la perspectiva de los profesionales socio sanitarios y de los propios usuarios de teleasistencia puede abrir paso a las prácticas más participativas de producción de conocimiento y de debate del actual modelo de telecuidado en España.

Roig y Saigi⁵ advierten sobre las limitaciones metodológicas de la aplicación estricta del modelo tradicional de evaluación de tecnologías médicas –centrado en evidencias– al campo de la telemedicina y llaman la atención para otras aproximaciones, a partir de la comprensión de las relaciones e interacciones que establecen diferentes actores. Sus críticas son igualmente pertinentes para el caso del telecuidado y se puede identificar en la literatura otra vertiente de aproximación al tema que lleva en consideración las perspectivas de los actores implicados, como el caso del trabajo de Mahtani²⁸ sobre la telemedicina en España. Así que, conocidas las limitaciones que conllevan los estudios cualitativos respecto a la imposibilidad de generalizaciones y a los juicios de valor presentes en los discursos con los que se trabaja, el trabajo etnográfico conjugado a los análisis de política puede enriquecer el debate sobre el actual modelo de telecuidado en España.

Finalmente, se concluye que la teleasistencia es un servicio público consolidado en la cartera de prestaciones sociales en España, pero que todavía necesita un examen cuidadoso por parte de los formuladores de políticas, tomadores de decisiones y gestores socio sanitarios. El análisis de la trayectoria de implementación de este servicio en España permite identificar posibles consecuencias en el sistema de salud y los servicios sociales, sea en sus principios fundamentales (como la equidad y la universalidad de la salud) o en la administración de los servicios. Para perfeccionar el actual modelo de telecuidado, además de medidas de gestión, se sugiere la ampliación del debate público y la adopción de modelos participativos de evaluación de esas tecnologías.

Agradecimientos

Agradecemos a los demás miembros del grupo de investigación GESCIT del Departamento de Psicología Social de la Universitat Autònoma de Barcelona por los aportes a este artículo, en el contexto de sus seminarios periódicos.

María Tereza Leal 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.

Bibliografía

- 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 mayo 2006; Málaga, España.
- 2 e-Via: Plataforma Tecnológica Española de tecnologías para la Salud, el Bienestar y la Cohesión Social. Agenda Estratégica de Investigación eVIA v5 2; 3 diciembre 2009. Disponible en: <http://www.idi.aetic.es/evia/>
- 3 Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Carta de Servicios del Servicio Andaluz de Teleasistencia. BOJA núm 111 12/6/ 2006

- 4 Imserso. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Normas Generales del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria. Programa de Teleasistencia 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 Referencia omitida debido al anonimato en el proceso de peer review
- 7 Referencia omitida debido al anonimato en el proceso de peer review
- 8 18ª Conferencia Europea de Servicios Sociales. Barcelona; 21-23 junio 2010. Referencia parcialmente omitida debido al anonimato en el proceso de peer review.
- 9 Referencia omitida debido al anonimato en el proceso 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 teleasistencia. 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. 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 Teleasistencia. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadeserviciossocialesydependencia/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 Este trabajo fue posible por la financiación de los siguientes proyectos de investigación: "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) y "Teleasistencia, Dependencia y Vejez: análisis comparado de políticas en Europa". Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR), contrato postdoctoral Beatriu de Pinós (2008 BP B 00029).
