



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE

SALUD

**Los factores facilitadores y las barreras existentes en el uso e
implementación de la telemedicina en el contexto de la pandemia del
Covid-19 en los años 2020-2021 en las instituciones de salud pública de
la provincia de Santa Fe.**

Cecilia de Souza Melech

María Natalia Echevoyemberry, Magíster en Salud Pública

Rosario, 25 de enero de 2023

Agradecimientos

Llevar a cabo este proyecto fue bastante exigente a todos los niveles. Además del crecimiento académico y profesional, este también fue un camino de autoconocimiento.

Si bien este camino ha sido bastante solitario, por las circunstancias que vivimos entre los años 2020-2022 y el hecho de estar lejos de casa, la realización de este máster, que culmina con la elaboración de este trabajo de investigación, contó con el apoyo de varias personas que, directa o indirectamente, contribuyeron con su apoyo a hacer realidad este proyecto, y que merecen mi agradecimiento.

En particular:

A mis padres, Edgard y Ana, por apoyarme siempre en todas mis decisiones. Su amor, optimismo, conocimiento y guía fueron claves en este proceso.

A mis hijos, Fernando y Eduardo, quienes son la razón por la que siempre busco lo mejor de mí. Con mucho amor y cariño comprendieron mi ausencia mientras me dedicaba a la realización de este trabajo.

A mi esposo, Marcelo, que estuvo a mi lado en todo este camino, que me escuchó y me acogió cuando lo necesité, que me dio fuerzas cuando ya no las tenía, que tuvo paciencia y amor en todos los momentos.

A mi mejor amiga, Thiana, quien aun con la distancia siempre estuvo a mi lado, por su amistad incondicional y por todo el apoyo brindado.

A todos los profesores que han pasado por mi vida, en especial a todos los profesores de este máster, por todo el asesoramiento, dedicación y esfuerzo en brindar una enseñanza de calidad en un contexto crítico. En particular a Natalia Echevoyemberry, quien siempre me ha apoyado y ha jugado un papel fundamental en la construcción de esta obra.

Muchas gracias!

“Todo futuro é a criação que se faz pela transformação do presente.”

Paulo Freire

Resumen

Considerada una de las mayores innovaciones de los servicios sanitarios la telemedicina favorece el acceso a la atención de salud, mejora la calidad asistencial y la eficiencia organizativa.

En 2020, debido al contexto sanitario impuesto por la pandemia de Covid-19, la telemedicina fue declarada como herramienta imprescindible, además fue una de las principales estrategias utilizadas para combatir algunos desafíos a los que se vieron sometidos los sistemas de salud.

Sin embargo, para el uso exitoso y efectivo de la telemedicina en la rutina de los profesionales de la salud, esta se ve influida por múltiples factores. En este sentido, es fundamental que las organizaciones de salud recurran a instrumentos confiables que permitan identificar, caracterizar y explicar los mecanismos que motivan el proceso de implementación y los factores que afectan los resultados de la telemedicina.

Con el objetivo de identificar los factores facilitadores y barreras en el uso e implementación de la telemedicina en las instituciones de salud pública, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, se elaboró un cuestionario en línea en la plataforma Google Forms. Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas a profesionales médicos para la recolección de datos, en el período 2020 - 2021.

Los resultados encontrados demuestran que estos profesionales reconocen el valor de este servicio, se destacan como factores facilitadores la mejora en la comunicación entre profesionales de diferentes centros de salud y el fortalecimiento del vínculo entre los profesionales, además de la posibilidad de un mayor desarrollo tecnológico para el país, la posibilidad de acortar los plazos de las listas de espera y la optimización de los servicios de salud.

Entre las principales barreras se pueden destacar la falta de infraestructura técnica, la falta de capacitación de los profesionales, la dificultad técnica y falta de apoyo por parte de las instituciones, la deficiencia en la seguridad de los datos y la falta de regulaciones.

Palabras llave: Telemedicina; Sistemas de Salud; Argentina; Transformación Digital; eSalud; Telesalud; Barreras en el acceso.

Abstract

Considered one of the greatest innovations in health services, telemedicine favors access to health care, improves the quality of care and organizational efficiency.

In 2020, due to the imposed health context caused by the Covid-19 pandemic, telemedicine was declared an essential tool and was one of the main strategies used to combat some challenges that health systems were subjected to.

However, for the successful and effective use of telemedicine in the routine of health professionals, it is influenced by multiple factors. In this sense, it is essential that health organizations resort to reliable instruments that make it possible to identify, characterize, and explain the mechanisms that motivate the implementation process and the factors that affect the results of telemedicine.

In order to identify the facilitating factors and barriers in the use and implementation of telemedicine in public health institutions, from the perspective of health professionals, an online questionnaire was developed on the Google Forms platform. 10 semi-structured interviews were carried out with medical professionals for data collection, in the period 2020 - 2021.

The results found show that these professionals recognize the value of this service, the improvement in communication between professionals from different health centers and the strengthening of the link between professionals stand out as facilitating factors, in addition to the possibility of further technological development for the country, the possibility of shortening the terms of the waiting lists and the optimization of the health services.

Among the main barriers we can highlight the lack of technical infrastructure, the lack of training of professionals, the technical difficulty and lack of support from the institutions, the deficiency in data security and the lack of regulations.

Keywords: Telemedicine; Systems of health; Argentina; Digital transformation; eHealth; Telehealth; Barriers to access.

ÍNDICE

I.	Introducción	8
II.	Objetivos.....	17
	2.1 Objetivo General.....	17
	2.2 Objetivos Específicos.....	17
III.	Descripción del contexto, formulación y construcción del problema ..	19
IV.	Metodología	27
	4.1 Método.....	27
	4.2 Público objetivo.....	27
	4.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	27
	4.4 Técnicas de recolección de datos.....	28
	4.4.1 Análisis documental	28
	4.4.2 Instrumentos de recolección de datos.....	29
	4.5 Análisis de contenido y escenarios.....	29
V.	Pregunta que guía la investigación.....	32
VI.	El Sistema de Salud argentino	33
	6.1 Historia.....	33
	6.2 El sector público, las obras sociales y la medicina privada.....	42
	6.3 El sistema de salud en la provincia de Santa Fe	47
	6.4 Las adversidades del sistema de salud argentino	53
VII.	Telemedicina.....	57
	7.1 Historia y desarrollo	57
	7.2 Conceptos y Definiciones	62
	7.3 Beneficios de la telemedicina	67
VIII.	Telemedicina en Argentina	70

IX. Marco Normativo de las tecnologías de la información y la comunicación en Argentina.....	80
X. Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación en Argentina	84
XI. La implementación de la telemedicina y sus desafíos.....	89
XII. Resultados	91
12.1 Matriz FODA.....	98
XIII. Discusión	100
XIV. Conclusión	115
XV. Limitaciones y recomendaciones	121
XVI. Bibliografía	122
XVII. Anexo I.....	142
XVIII. Anexo II.....	144

I. Introducción

El acceso a la atención médica es un problema para los sistemas de salud de todo el mundo. La dificultad para obtener esta asistencia tiene varias causas, desde servicios insuficientes en número y tamaño para atender la demanda de la población, falta de profesionales para trabajar en estos servicios, escasos recursos económicos, falta de infraestructura adecuada hasta ubicación geográfica distante o aislada de los centros urbanos donde se encuentran la mayoría de los servicios de salud (Benjamin, 2020).

Adicionalmente, la gestión mal estructurada e ineficiente de los recursos incrementa el crecimiento de las desigualdades sociales y culturales, comprometiendo la equidad en el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, la convergencia de la ciencia y la rápida evolución de la tecnología ha permitido un desarrollo fundamental de los servicios de salud (Dyb et al., 2021).

Si consideramos que la atención médica comprende la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud, la falta de acceso provoca un enorme daño humano, social y económico a las personas y la humanidad (OPS, 2020).

Uno de los grandes desafíos del siglo XXI para los gobiernos es brindar atención médica de alta calidad para todos. Este objetivo es difícil de lograr debido a las enormes disparidades socioeconómicas en todo el mundo, el crecimiento y envejecimiento de la población, la progresión de la incidencia y prevalencia de enfermedades ya conocidas y la aparición de nuevas enfermedades (Craig y Patterson, 2005).

Los avances en las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han permitido, desde la década de 1960, la creación de nuevas formas de brindar salud, con un gran potencial para ayudar a brindar servicios de salud

asequibles, rentables y de alta calidad y promover la mejora de los resultados de los pacientes a través de un mayor acceso a la atención y la información sanitaria (García et al., 2014).

El uso de estas tecnologías está cambiando el concepto de prestación de servicios de salud. Entre las múltiples posibilidades que la tecnología ha presentado para el sector salud, la telesalud y la telemedicina son ya alternativas de servicio que tienden a beneficiar a una gran parte de la población (Maese et al., 2020).

Según un informe de 2016, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la telesalud como una disciplina que involucra la prestación de servicios de salud utilizando las TICs, específicamente cuando la distancia es un obstáculo. Incluye la telemedicina, la teleeducación, la telegestión y la teleinvestigación. Es un campo más completo, formado por subáreas que se integran en la promoción de la salud en su conjunto, es decir, la telesalud abarca todo tipo de servicios e información relacionados con las diversas áreas de la salud y promueve acciones a través de recursos tecnológicos que permiten conferencias, investigación y también formación profesional.

Por otro lado, la telemedicina fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) por la prestación de servicios de salud por parte de los profesionales de la salud mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación y la formación continua de los profesionales de la salud, todo ello con el fin último de mejorar la salud de la población y las comunidades. La telemedicina se caracteriza por realizar servicios de atención médica directa y especializada que se realizan utilizando las TIC, tales como consultas, seguimiento, emisión de diagnósticos y cirugías.

También llamada eSalud (eHealth) o salud digital, como señala la Sociedad de Sistemas de Gestión e Información en Salud (HIMSS, 2013), la

telemedicina incorpora un conjunto de servicios y herramientas para la atención integral a través de internet, además el principal enfoque de este método es promover mejores condiciones de accesibilidad y atención médica.

En su mayor parte, según la Asociación Estadounidense de Telemedicina (ATA), la telemedicina es una de las ramas más destacadas, conocidas y utilizadas de telesalud. La telemedicina es el intercambio de información médica a través de comunicaciones electrónicas con el objetivo de mejorar el estado de salud de un paciente. Incluye una variedad cada vez mayor de aplicaciones y servicios que utilizan videoconferencias, correo electrónico, teléfonos inteligentes, comunicaciones inalámbricas y otras formas de tecnología de telecomunicaciones (Krupinski et al., 2014).

Estas tecnologías están en continua evolución, incorporando adaptaciones constantemente de acuerdo a las necesidades y contextos sociales en los que se aplican, por lo tanto, la utilización de las TICs en el rubro de salud, además de brindar apoyo clínico para superar las barreras geográficas conectando a los usuarios que no se encuentran reunidos en el mismo lugar, son un pilar para mejorar la accesibilidad a la salud y brindar una atención de calidad (Blanca, 2001).

Según un documento emitido por la Organización Panamericana de Salud, se evidencia el déficit de profesionales de salud en América del Sur, además de la inadecuada distribución del personal. Las áreas urbanas con mayores recursos económicos atraen a la mayoría de estos profesionales, mientras que las áreas más vulnerables, tanto en las grandes ciudades como en las regiones remotas, tienen un número reducido de médicos y enfermeras en el terreno, pero también una capacidad y autonomía limitadas para brindar servicios de salud necesarios (OPS, 2017).

Ante este hecho, la telemedicina, o medicina a distancia, aparece en este contexto como un medio para reducir esta dificultad de acceso, ya que hace posible la atención sin la necesidad de que el profesional de la salud y el

paciente se encuentren en el mismo lugar simultáneamente (Craig y Patterson, 2005).

En otras palabras, la telemedicina es la implementación del uso de tecnologías en la búsqueda de la salud a distancia, que brindan un mejor acceso a la información, brindan servicios de salud a áreas no accesibles, valoran estos servicios aumentando la atención en salud, mejoran la formación de profesionales, controles de calidad e incluso ahorro en costes sanitarios. Estos beneficios permiten incrementar la cobertura de los servicios de salud, optimizando efectivamente la salud de la comunidad, incluida la población más vulnerable (Castillejo, 2013).

Sin embargo, debemos considerar la telemedicina no solo como una forma de reducir la dificultad de accesibilidad del sistema de salud, sino como un medio de comunicación, formación y consulta entre los profesionales de la salud, tanto del sector hospitalario como de atención primaria, y que permite una mejor atención integral al paciente y formación continuada de los profesionales sanitarios (Sotos et al., 2011).

En 2005, en la 58° Asamblea Mundial de la Salud, se produjo un marco histórico en el reconocimiento de la importancia del uso de las tecnologías de la información y la comunicación para el fortalecimiento de los sistemas de salud, en esta asamblea se aprobó la resolución WHA58.28 sobre ciber salud, que establece estrategias para facilitar el desarrollo de eSalud. Esta resolución insta a los estados miembros a considerar un plan estratégico de base amplia para el desarrollo e implementación de servicios de eSalud que incluyan la telemedicina y recomienda que se establezca un organismo responsable a nivel nacional para este tema, apoyado por el Ministerio de Salud (WHO, 2005).

Para promover el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para la salud y, así, promover el acceso universal a la salud en las Américas, la OPS con el apoyo de la OMS llevó a cabo una serie de

proyectos e iniciativas que insta a los países de la región a trabajar para mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud mediante el uso de las TICs (Messina et al., 2014).

Según Chueke (2015) hasta los años 2000 los proyectos de telemedicina que surgieron en la región de América Latina partieron básicamente de estrategias individuales, de organizaciones privadas o de los profesionales de la computación que entraron en el uso de información tecnológica incipiente (Chueke, 2015).

Roig y Saigí (2011) resaltan que, durante este período, los Estados aún no contaban con el uso adecuado de la tecnología para facilitar el acceso a la salud. En cambio, en los últimos años fue posible observar que muchos Estados nacionales incorporan el concepto de telesalud en el desarrollo de políticas y estrategias que marcan un referente para el desarrollo de proyectos de telemedicina.

A partir de ese momento, el avance de la salud digital en muchos países de la región permitió que los Ministerios de Salud incluyeran en sus agendas aspectos relacionados con la telemedicina como elemento de apoyo a procesos, normativas, políticas y cambios administrativos importantes que permitan la adopción de las nuevas tecnologías digitales. Entre 2005 y 2016, en algunos países donde se invirtió en teleasistencia pública, se lograron resultados sorprendentes con tasas del 70-80% de traslados de pacientes enviados a centros de salud especializados o de mayor complejidad, ahorros del 10-15% en el presupuesto del departamento de salud municipal y más de 10 millones de consultas de segundas opiniones en electrocardiogramas y exámenes de imagen (Von; Holthausen, 2018).

De acuerdo con Navarro et al. (2018), la evolución de las tecnologías de la información y la comunicación reduce las brechas de desigualdad con respecto a la distribución de especialistas y también reduce las barreras de acceso a la prevención y promoción de la salud a la comunidad, habilitando

servicios de atención a los pacientes independientemente de la ubicación geográfica donde se encuentren, además se puede utilizar como una herramienta importante en los casos en que no se pueda realizar la atención presencial.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que a pesar de los beneficios que el uso de tecnologías en salud traen a los sistemas de salud, en muchas situaciones su uso genera dudas, ya que la calidad de la atención médica virtual depende de varios aspectos, como el acceso a la tecnología y la preparación en salud digital tanto del profesional y del paciente, así como la organización de los procesos y la seguridad de los datos, son factores de suma importancia para una atención médica de calidad (Scheffer et al., 2022).

Según Castillejo (2013), para que un proyecto de telemedicina pueda tener éxito un factor importante es que la administración apoye con una buena rentabilidad, además los gerentes deben tener un rol activo, proporcionando herramientas fáciles y útiles para su implementación. Según el autor, aún hay un gran futuro para el desarrollo de la telemedicina en diferentes áreas, y principalmente para la medicina familiar, promoviendo la accesibilidad de todas las personas. A su vez, facilitará el trabajo de los profesionales sobre el terreno en el ámbito asistencial, pero también en la educación sanitaria, promoción y prevención de salud.

Recientemente, desde que la OMS decretó la pandemia de Covid-19¹ en marzo de 2020, muchas herramientas digitales de salud han pasado de oportunidades potenciales a una necesidad inmediata para garantizar la atención médica y el intercambio de información (OMS, 2020).

La economía mundial vive una crisis sanitaria, humana y económica sin precedentes y que evoluciona continuamente. Ante la pandemia de la

¹ El nuevo Covid-19 (coronavirus SARS-CoV-2) es un virus de ARN monocatenario positivo que se puede traducir e integrar fácilmente en la célula huésped con su propio mensajero de ARN, lo que facilita la replicación intracelular, la infectividad y la rápida progresión de la enfermedad.

enfermedad por coronavirus, la acción más importante para enfrentar el Covid-19 es la contención de la expansión del virus mediante el aislamiento, la cuarentena y el distanciamiento social. Esas medidas tienen impactos positivos para la salud al aplanar la curva de contagio, pero afectan directamente la accesibilidad de los sistemas de salud (CEPAL, 2020a).

Según documento elaborado en 2020, por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), existe un acervo importante de desarrollos digitales que están siendo empleados por diversos gobiernos a nivel nacional y subnacional para controlar la pandemia. Aunque no son tendencias nuevas y tienen más de dos décadas en el mundo, el uso de las TIC, especialmente la telemedicina, debido a la pandemia, fue una herramienta eficiente para asegurar la atención médica y contribuir al manejo y seguimiento de los casos de enfermedad y a la vez poder garantizar la atención de otras patologías sin exponer a las personas a situaciones de riesgo innecesarias.

Saiso et al. (2021) señalan que la pandemia de Covid-19 ha demostrado la importancia de la telemedicina y la telesalud para sostener la continuidad de los servicios de atención, especialmente para aquellas enfermedades crónicas no transmisibles y condiciones de salud mental.

Las tecnologías de la información y la comunicación transforman la vida cotidiana y las diferentes formas de vida, sin embargo, los desafíos legales y regulatorios siempre han sido temas importantes, ya que muchos países aún no cuentan con leyes claras que regulen todos los aspectos necesarios para su uso (Pedrotti et al., 2020).

La telemedicina conecta la conveniencia, el bajo costo y la facilidad de acceso a la información y la comunicación relacionadas con la salud a través de Internet y las tecnologías asociadas. Durante la pandemia de coronavirus, la telesalud ha sido la primera línea de defensa de los sanitarios para frenar la propagación del coronavirus, acercando los servicios por teléfono o

videoconferencia para una atención personalizada en los casos leves y limitando los recursos sanitarios para los casos más urgentes (Alaball et al., 2020).

Sin embargo, según Rocha et al. (2021) con las desigualdades existentes en las diferentes regiones del mundo, la calidad del servicio de telemedicina que se brinda puede verse afectada y, por ello, el uso de esta tecnología puede percibirse de manera desigual. Además de las dificultades financieras para llevar a cabo la telemedicina, la inferioridad del examen físico la distancia, la fragilidad del vínculo médico-paciente, así como las dificultades burocráticas en los servicios de salud, impiden su uso sistemático.

En América Latina se han logrado grandes avances en el campo de la salud debido, en parte, al desarrollo económico y social de los países, a la consolidación y al fortalecimiento de los sistemas de salud, y a la capacidad de incorporar y aplicar las nuevas tecnologías para mejorar la salud y el bienestar. A pesar de los logros alcanzados, la pobreza y las inequidades siguen aquejando a la Región. Según datos recientes, América Latina y el Caribe (ALC) continúa siendo la región más inequitativa del mundo; un 29% de la población se encuentra por debajo del umbral de la pobreza y el 40% más pobre de la población recibe menos del 15% del total de los ingresos (Byanyima y Barcenás, 2016).

Los sistemas de salud en la Región de las Américas, en la mayor parte de los países, se caracterizan por el alto grado de segmentación y fragmentación que afectó profundamente al funcionamiento, la eficiencia, la solidaridad y la equidad de los sistemas. La segmentación y fragmentación observadas en la mayoría de los sistemas de salud de la Región redundan en inequidades e ineficiencias que menoscaban el acceso universal, la calidad y el financiamiento (OPS, 2014).

Surge así el problema que sirvió de base a esta investigación: ¿es la telemedicina un recurso integrado en la práctica diaria de los profesionales de

la salud para brindar atención durante la pandemia de Covid-19? Asociado al problema, surge la pregunta que orientó esta investigación: ¿cuáles son las barreras que dificultan la implementación e integración de la telemedicina en el cotidiano de la atención?

La literatura apunta a varios factores que influyen en la implementación e integración exitosa de la telesalud. Según la OMS (2021), las mayores barreras para la implementación de la salud digital en la práctica van más allá del tema tecnológico y se relacionan fundamentalmente con las dificultades para facilitar cambios más amplios a nivel individual, organizacional y de sistema. Ross et al. (2018) también se refieren a la interoperabilidad, el costo, la adaptación a los sistemas existentes, las interrupciones en las interacciones entre los profesionales de la salud y los usuarios y la falta de planificación de la implementación.

Dado el mayor uso de la telesalud y las intervenciones de salud digital, es crucial identificar los factores internos y externos que pueden influir en el uso exitoso de la telemedicina durante la pandemia de Covid-19 en instituciones de salud públicas. En Argentina, parece haber una escasez de estudios realizados sobre cómo se implementan, integran y sostienen las tecnologías digitales en la práctica clínica, o qué factores influyen en el proceso de implementación de la telesalud. Así, esta investigación tiene como objetivo general, a partir de la construcción de una matriz FODA (, identificar y explicar los factores internos y externos que pueden influir en el uso e implementación de la telemedicina en la práctica diaria de los profesionales de la salud en instituciones públicas de salud, durante la pandemia de Covid-19 y, de esta manera facilitar la creación de propuestas válidas y permitir una mayor orientación en la toma de decisiones o conductas a futuro.

II. Objetivos

2.1 Objetivo General

El objetivo de este trabajo es identificar los factores facilitadores y las barreras existentes en el uso e implementación de la telemedicina en el contexto de la pandemia del Covid-19 en los años 2020-2021 en las instituciones de salud pública de la Provincia de Santa Fe en Argentina y, de esta manera contribuir con información que facilite la creación de estrategias que puedan acompañar a los profesionales en la toma de decisiones, mejorando la calidad de atención y los resultados en el uso de la telemedicina.

Por ello, mi propuesta para el presente trabajo fue promover la construcción de evidencias e información sobre el tema abordado que colaboren para el desarrollo de estrategias de intervención que contribuyan y faciliten la gestión en salud digital en Argentina.

Según Choo (1999), la construcción de evidencias e información juega un papel fundamental en el proceso de toma de decisiones de los directivos. Al administrar los recursos y procesos de información, la organización puede adaptarse a los cambios en el momento adecuado. Y, efectivamente, participando en un aprendizaje constante, movilizándolo a sus integrantes hacia la innovación y la creatividad, y enfocándose en acciones resolutivas.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en el uso de la telemedicina en instituciones públicas de salud, en el contexto de la pandemia del Covid-19 en la provincia de Santa Fe en Argentina, en los años 2020 y 2021;

Analizar el uso de la telemedicina en la práctica diaria de los profesionales de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Argentina;

Reconocer los marcos legales que regulan el uso de la telemedicina en Argentina;

Contribuir con información que facilite la creación de estrategias que puedan acompañar a los profesionales en la toma de decisiones, mejorando la calidad de atención y los resultados en el uso de la telemedicina.

III. Descripción del contexto, formulación y construcción del problema

La dificultad para acceder a la atención médica es un problema que está presente en todo el mundo, tanto en los países en desarrollo como en los países ya desarrollados. Actualmente, buscar soluciones eficientes para ampliar este acceso ha sido un gran desafío para los administradores de sistemas de salud (Starfield, 2011).

La telemedicina, impulsada por el gran avance de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, se ha ido perfilando como una de las posibles soluciones a este problema. En los países en desarrollo el uso de las TICs es importante para ayudar a mejorar el sistema de salud, porque incide en la oferta de servicios, agiliza diagnósticos y tratamientos, supera distancias geográficas, facilita el acceso a los servicios, mejora la calidad y contribuye a la formación profesional. Sin embargo, muchos países todavía tienen dificultades para implementar el uso de las TICs en la salud (D'Agostino et al., 2014).

La complejidad para realizar proyectos de telesalud es bastante grande, aunque su implementación podría contribuir al desarrollo de un sistema de salud que satisfaga las necesidades de la mayoría de la población (OPS, 2016).

En 2011 la OPS publicó la estrategia y plan de acción sobre e-Salud, que tuvo como objetivo incentivar a los gobiernos a mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación. Los principales factores abordados en el plan de acción fueron la formación en alfabetización digital, el acceso a la información basada en la evidencia científica y la formación continua de los profesionales de la salud. Según este documento, estos factores son esenciales para avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas.

El uso específico de la telemedicina está cambiando la forma en que funcionan los sistemas de salud en todo el mundo. De acuerdo con Chueke (2015), en Latinoamérica particularmente, el uso de la telemedicina puede cambiar significativamente la calidad de la atención de salud, debido a las grandes distancias de poblaciones más alejadas de los centros urbanos, podrían contar con atención médica y especializada, que sin el uso de estas tecnologías en muchas ciudades esta atención no sería posible.

Según Dzenowagis (2019), el principal foco de los gobiernos debe ser el desarrollo de nuevas tecnologías, pues las TICs permiten además de mejorar el acceso a la atención médica, perfeccionar la calidad del servicio ofrecido, mejorar la eficacia de las intervenciones de salud pública y atención primaria, además mejorar la calificación de los profesionales mediante la formación y capacitación.

El impacto del uso de la Telemedicina, para autores como Jalalabadi et al. (2018), es que la combinación del uso de las tecnologías de la información y las redes de comunicación conforman un nuevo campo de conocimiento con la potencial eficiencia de transformar la forma de atención de la salud, a través de dispositivos móviles, aplicaciones y sensores.

Conceptualmente, la telemedicina puede designarse como una especialidad médica que consiste en el uso de tecnología para posibilitar la atención de la salud en situaciones en las que la distancia es un factor crítico. Además, la Telemedicina se corrobora exponencialmente para atender la demanda de atención primaria en servicios relacionados con enfermedades no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes, que corresponden a la mayoría de las muertes en el mundo (Castillejo, 2013).

Por esta razón, los gobiernos están reconociendo que la incorporación de las TICs es una prioridad para el desarrollo de los sistemas de salud, la colaboración entre los sectores público y privado de las TICs y la salud es fundamental para este esfuerzo (OPS, 2014b).

Sin embargo, Messina et al. (2014), resalta que en regiones donde los sistemas de salud del sector público aún no se encuentran estructurados, el proceso de incorporación de las TICs se encuentra en desventaja con respecto a los países desarrollados.

A lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud ha publicado varios recursos de apoyo a la investigación y la aplicación en la esfera de la salud digital, entre ellos el conjunto de instrumentos de evaluación de la salud y planificación del alcance de estas intervenciones, un manual para el seguimiento y la evaluación de las intervenciones de salud digital y mecanismos para aprovechar las oportunidades que ofrecen las tecnologías digitales (OMS, 2022).

Por su parte, el científico Garrett Mehl, especializado en investigación e innovaciones digitales, advierte de que el éxito de las intervenciones digitales depende mucho del contexto y de que su diseño sea adecuado. Por ejemplo, hay que tener en cuenta aspectos estructurales de los lugares donde se utilizan, la infraestructura disponible, las necesidades sanitarias que se pretenden satisfacer y la facilidad de uso de la propia tecnología (Labrique et al., 2018).

Con la urgencia crítica provocada por la pandemia, los sistemas de salud eliminaron o suspendieron barreras y, décadas después de ser publicitada como el futuro de la salud, la telesalud finalmente parece haber ganado su momento, impulsando un cambio necesario a nivel individual y organizacional y un cambio de paradigma. en el sector (Shah y Schulman, 2021).

No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados para implementar la telesalud en varios países en los últimos años, el desarrollo de los programas de telesalud ha sido lento y difícil debido a los diversos desafíos que se imponen y pocas son las intervenciones de salud digital que se vuelven rutinarias en la prestación de atención, y las que tienen éxito tardan años en conseguirlo (Fahy et al., 2022).

Saiso et al. (2021) destaca que la digitalización de la salud ha permitido un mayor acceso a la información y prestación de servicios; fortalecimiento educativo; control de calidad de los programas de detección y reducción de los costes sanitarios. Sin embargo, entre las principales barreras para adoptar el uso de tecnología en salud se encuentran las de naturaleza: tecnológica; humanos y sociales; psicosocial y antropológico; de gobernabilidad y economía.

Con la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la Covid-19, la telemedicina fue la primera línea de defensa de los profesionales sanitarios para frenar la propagación del coronavirus, manteniendo el distanciamiento social y prestando servicios por teléfono o videoconferencia para una atención liviana centrándose en la presencialidad limitada. Atención presencial para los casos más urgentes. En este nuevo contexto, las tecnologías en salud se han posicionado como uno de los principales medios de interacción y colaboración (Alaball et al., 2020).

Segun Hollander y Carr (2020) en su artículo concluyen que:

“Los desastres y las pandemias plantean desafíos únicos para la prestación de atención médica. Si bien la telesalud no los resolverá a todos, es adecuada para escenarios en los que la infraestructura permanece intacta y los médicos están disponibles para atender a los pacientes. La implementación del programa lleva tiempo, pero los sistemas de salud que ya han invertido en telemedicina están bien posicionados para garantizar que los pacientes con Covid-19 reciban la atención que necesitan. En este caso, puede ser una solución prácticamente perfecta”.

En un mundo que cada vez es más digital impulsado por los avances tecnológicos, la investigación económica, y los cambios socioculturales, la

pandemia aceleró de manera repentina el desarrollo y la implementación de las distintas herramientas de telemedicina, particularmente la teleconsulta que alcanzó su máxima utilidad en un escenario de confinamiento y distanciamiento social (Márquez, 2020).

A pesar de contar con documentos y apoyo de organismos internacionales, la prisa por obtener resultados inmediatos aparentemente fue más importante que fortalecer las bases y los cimientos de un plan sostenible a largo plazo para la implementación y mantenimiento de programas de telemedicina que respondiera a cualquier cambio de gestión, mercado, capacidades regulatorias o del personal de salud. Esta situación fue facilitada por evidencia cuantitativa limitada con metodologías rigurosas de medición de impacto que permiten medir los resultados de las intervenciones de telesalud, especialmente en lo que respecta a la calidad de los servicios y los indicadores de salud de los pacientes (Saiso et al., 2021).

La pandemia del Covid-19 tuvo su impacto en América Latina y, particular en Argentina, donde el Poder Ejecutivo Nacional, en coordinación con los gobiernos locales, primero declaró la emergencia pública sanitaria a través del Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020 y luego implementó una cuarentena generalizada, reglamentada en el Decreto de Necesidad y Urgencia 297/2020 y denominada Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO). En este panorama, las tecnologías digitales, de gran despliegue y penetración previo, fueron consideradas desde el inicio como un factor clave para las diversas prácticas y estrategias desplegadas en el país (Gendler, 2021).

En este escenario, donde el aislamiento fue preventivo, pero también obligatorio, la teleconsulta fue declarada una herramienta imprescindible además en el control de la transmisión de la nueva enfermedad, como en el principal medio para realizarse consultas médicas en general. Teniendo en cuenta que la teleconsulta es la posibilidad de realizar una consulta médica de forma remota, utilizando tecnologías de comunicación seguras de manera

online. La teleconsulta representa el 35% del total de redes de telemedicina y ocurre entre un paciente y un médico o entre profesionales de la salud. Cabe señalar que la teleconsulta es la tecnología más utilizada dentro de la telemedicina (Ibáñez, 2007).

Sin embargo, si bien se reconocen las ventajas que aporta la telemedicina a los sistemas de salud, aún existen barreras por superar. Un estudio reciente sugiere que la telemedicina puede haber ayudado a asegurar y ampliar la gama de servicios de comunicación y salud en entornos de ingresos bajos y medios durante la pandemia de Covid-19. Sin embargo, la modalidad parece prestarse a un uso desproporcionado por parte de los médicos que trabajan en secciones específicas y privilegiadas de los sistemas de atención de la salud y, presumiblemente, por los pacientes que buscan atención allí (Scheffer et al., 2022).

Por otro lado, otros estudios apuntan que las barreras más comunes desde la perspectiva del paciente, están relacionadas con la edad, el nivel de educación, los conocimientos informáticos, la posibilidad de acceso a internet y la falta de conocimiento de los servicios (Qian et al, 2022).

Segundo Qian et al. (2022), autor del estudio realizado en los Estados Unidos en 2020, existen disparidades raciales/étnicas, de idioma y de ingresos con el uso de la telemedicina, lo que llevó a los pacientes con mayor riesgo de infección por Covid-19 a usar menos la telemedicina.

Para los profesionales de la salud la mayor preocupación al considerar el uso de la telemedicina y la salud digital es además del código de ética médica, la responsabilidad legal, la privacidad, la confidencialidad, la seguridad de los datos y especialmente la seguridad de la información médica personal. Este es un problema importante cuando se considera la implementación generalizada de servicios de salud en línea, porque la telemedicina puede ser susceptible al cibercrimen. Para proteger la integridad

de los datos del paciente, se debe implementar una infraestructura segura que permita la comunicación remota sin reducir la seguridad (Kichloo et al., 2020).

En este punto, es de suma importancia la implementación de normas y sistemas que garanticen límites adecuados para el acceso, uso y divulgación de los datos. Teniendo en cuenta las tecnologías para atención remota son avances para una mejor calidad de atención de pacientes y de actualización de profesionales. Además, brindan accesibilidad, agilidad, equidad, costo efectividad y sustentabilidad a la prestación médica (Pont et al., 2021).

Saiso et al. (2021) destaca que la verdadera innovación en los servicios de salud no es la tecnología en sí, sino la nueva forma de articular los actores, la transformación de procesos atentos a escenarios cambiantes de nuevas expectativas y necesidades. También señala que es importante entender que la implementación de un programa de telemedicina encuentra su mayor desafío en el cambio cultural, por lo que es muy valioso formar un equipo interdisciplinario que pueda llevar a cabo estrategias de gestión del cambio y monitorear a todos los actores involucrados.

Estudios realizados en hospitales de EE. UU. muestran que la resistencia e interferencia de los profesionales puede ser responsable de la falla de más de la mitad de los sistemas de información (Jennett et al., 2005). Si bien los profesionales de la salud se encuentran entre los grupos más afectados por la implementación de las TICs y las soluciones digitales, Correia et al. (2020) señala que este tema aún es poco estudiado, por lo que es crucial entender su percepción sobre la telesalud.

El afán por brindar soluciones en salud para los profesionales de la salud y los ciudadanos en el contexto de la pandemia provocada por el Covid-19, llevó al desarrollo e implementación de tecnologías sanitarias, que en algunos casos, excedieron el alcance de la normativa en el área. Sin garantizar niveles de calidad ni mantener los principios bioéticos tan

importantes y necesarios en el proceso de atención médica (Scheffer et al., 2022).

Todavía es necesario discutir muchos temas relacionados con el uso de las Tecnologías de Comunicación e Información como herramienta para una mejor calidad de la atención de la salud actualmente y también en un mundo post pandémico. Una nueva normalidad en los sistemas de salud, que incluye el uso de estas tecnologías, puede significar más que una amenaza, pero una excelente oportunidad capaz de romper paradigmas de atención y amenizar la inequidad de los diferentes sectores de la población.

IV. Metodología

4.1 Método

Se trata de un estudio cualitativo, que tiene las características de ser de tipo exploratorio, donde se utilizó el análisis de documentos y entrevistas semiestructuradas, realizadas con informantes claves, para la recolección de datos y se centró en identificar los factores facilitadores y las barreras existentes en el uso o implementación de la telemedicina en el cotidiano de los profesionales de la salud durante la pandemia del Covid-19 en instituciones públicas de la provincia de Santa Fe, Argentina, en el período 2020 y 2021.

4.2 Público objetivo

El público objetivo de este estudio son informantes claves, que utilizaban la telemedicina de forma rutinaria y se encontraban laborando al momento de la entrevista en instituciones públicas de la provincia de Santa Fe, Argentina.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

Como criterio para seleccionar a los participantes incluidos en la investigación, se consideró que los profesionales debían, al momento de la entrevista, trabajar en el sector público de salud, en la provincia de Santa Fe, Argentina.

Se consideraron parte del Subsistema Público de salud los trabajadores de la salud y sus equipos de trabajo, dispositivos, programas públicos, organizados en redes que prestan servicios de salud, como parte de la ordenanza provincial y/o municipal.

Se consideró como criterio de exclusión a los profesionales que actuaban solamente en el sector de seguridad social o en el sector privado de

salud, además de los profesionales que no actuaban de forma rutinaria con telemedicina.

4.4 Técnicas de recolección de datos

En esta investigación, para la obtención de datos, parte fundamental del proceso de investigación para la obtención de información (Sousa y Baptista, 2011), se utilizó el análisis de documentos y, en una segunda etapa, una guía semiestructurada de entrevista.

4.4.1 Análisis documental

El análisis documental, destinado a buscar los documentos en bases de datos que incluyen Pubmed, Lilacs, Medline, Google Scholar. Todos los artículos entre 2000 y 2022 relacionados con la telemedicina se incluyeron utilizando las siguientes palabras clave Telemedicina; Sistemas de Salud; Argentina; Transformación Digital; eSalud; Barreras de acceso y la búsqueda se completará con la lectura y seguimiento de la bibliografía referenciada en los documentos seleccionados. También se utilizaron los sitios web (páginas web) de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Según Codina (2020), las revisiones bibliográficas juegan un papel fundamental en el avance de la ciencia debido al carácter acumulativo de la misma y brindan el marco teórico y metodológico necesario para afrontar nuevas investigaciones.

La búsqueda se limitó a artículos científicos en inglés, español y portugués, y la mayoría de las búsquedas se limitaron, esencialmente, a los últimos 5 años. Se realizaron investigaciones adicionales de forma puntual para comprobar si se habían publicado nuevas publicaciones en el área de estudio, así como para complementar la información necesaria.

4.4.2 Instrumentos de recolección de datos

En una segunda etapa, se realizaron 10 entrevistas, a partir de una guía semiestructurada elaborado por la propia autora (Anexo I), y aplicado a través de Google Form.

La guía semiestructurada fue desarrollada por la investigadora y consta de 22 preguntas. Las preguntas abordan diferentes competencias relacionadas con la telemedicina y tuvieron como objetivo identificar, según la comprensión de cada participante, los aspectos internos y externos que influyeron en la implementación y uso de la telemedicina en el contexto de la pandemia de Covid-19 en su institución.

La guía comienza con una breve introducción con la definición de telemedicina para que los participantes pudieran entender el tema en estudio. Se dieron instrucciones breves a los participantes, se informó el tiempo promedio de respuesta y se mencionó que el participante que completó el cuestionario lo haría voluntariamente y estaría dando su consentimiento para participar en el estudio. Sin embargo, se aseguró que todas las respuestas serían tratadas de forma confidencial y anónima y que no se recopilaría ni publicaría información personal. Se compartió el correo electrónico institucional de la investigadora, por si la participante deseaba ponerse en contacto para conocer más detalles sobre el estudio.

4.5 Análisis de contenido y escenarios

El estudio buscó capturar varios aspectos de la práctica relacionada con el uso y la implementación de la telemedicina en las instituciones públicas de salud en la provincia de Santa Fe durante el aislamiento social impuesto por la pandemia de Covid-19 y comprender las perspectivas de los profesionales involucrados en este contexto.

Para el análisis de los datos se utilizó el método de Análisis de Contenido de Bardin (2009), utilizando la técnica de análisis categórico, con el fin de obtener las características cualitativas del estudio.

Según Freitas (2000), el Análisis de Contenido es una lectura en profundidad de las respuestas y su codificación con el fin de obtener una idea de conjunto. El análisis de contenido se puede utilizar para analizar en profundidad una expresión específica de una persona o grupo involucrado en el debate.

A partir del análisis de las entrevistas se construyó una Matriz FODA (en inglés denominada SWOT Matrix), herramienta adecuada para realizar análisis de escenarios o análisis de entorno.

El término FODA es un acrónimo del idioma inglés, siendo las siglas de Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas. Se explica que la matriz FODA es una herramienta de gestión que permite el análisis de factores externos e internos relacionados con el clima organizacional. El análisis externo se centra en las amenazas y oportunidades ambientales, mientras que el análisis interno ayuda a identificar las fortalezas y debilidades de la organización. A partir de la construcción de la matriz FODA, es posible identificar las principales barreras existentes en la telemedicina, según la perspectiva de los participantes (Chiavenato y Sapiro, 2003).

Brevemente, el análisis FODA pretende identificar y resumir las amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades de una empresa, es decir, la importancia de este modelo se basa en la necesidad de identificar amenazas y oportunidades como premisa para poder caracterizar el negocio (Kotler y Keller, 2012).

Johnson, Scholes y Whittington (2007) corroboran que la herramienta FODA, más que mapear la situación de una organización, también permite a

las organizaciones utilizar sus fortalezas y debilidades para enfrentar las amenazas y, al mismo tiempo, explorar las oportunidades que se presenten en el ambiente organizacional.

Con base en esta investigación, espero, a partir de la construcción de una matriz FODA, identificar los factores facilitadores y las barreras existentes en el uso y implementación de la telemedicina en la práctica diaria de los profesionales en instituciones públicas de salud de la Provincia de Santa Fe - Argentina, durante la pandemia de Covid-19 y, de esta manera contribuir con información que facilite la creación de estrategias que puedan acompañar a los profesionales en la toma de decisiones, mejorando la calidad de atención y los resultados en el uso de la telemedicina.

V. Pregunta que guía la investigación

¿Cuáles son los factores facilitadores y las barreras existentes en la implementación e integración de la telemedicina en el contexto de la pandemia del Covid-19 en los años 2020-2021 en las instituciones de salud pública de la provincia de Santa Fe en Argentina?

VI. El Sistema de Salud argentino

6.1 Historia

El año de 1978 fue un año histórico para la consecución del derecho a la salud para todos. En septiembre de ese mismo año, los líderes mundiales firmaron un compromiso en la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada por la Organización Mundial de la Salud en Alma-Ata, República de Kazajstán. A partir de ese momento, el estado de salud fue considerado un derecho fundamental de todo ser humano y es, hasta el día de hoy, uno de los objetivos sociales más importantes que deben alcanzar los gobiernos. La Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud sigue siendo una guía fundamental para el desarrollo de los sistemas de salud en la mayoría de los países del mundo.

La declaración de Alma Ata define la atención primaria como una estrategia para ofrecer a toda la población, trae la idea de universalidad y la propone en el contexto de un sistema de salud. Esta declaración se fundamenta en los principios de equidad, acceso universal, participación comunitaria y acción intersectorial y defiende un modelo de sistema de salud basado en la integralidad, que cubre todo el conjunto de necesidades de salud de la población.

Según una definición general adoptada por la OMS (1978), el sistema de salud puede concebirse como una respuesta social organizada a los problemas de salud de una población determinada. También de acuerdo con la OMS, el sistema de salud engloba a todas las organizaciones, instituciones y recursos de los que emanan iniciativas cuyo objetivo principal es mejorar la salud.

En el caso particular de América Latina, desde la segunda mitad del siglo XX, los logros en los indicadores de salud han sido extraordinarios. La

esperanza de vida al nacer aumentó, para el período promedio de la región, de 51,8 (en lustre que va desde 1950 a 1955) a 73,5 años (en lustre que va de 2005 a 2010). El cambio significa un aumento de la vida promedio de los latinoamericanos en un 41,89% (OPS, 2017).

Desafortunadamente, la segmentación y la fragmentación son atributos comunes entre las organizaciones de salud en los países de América Latina, que reducen la eficiencia en el uso de los recursos y aumentan las desigualdades, tanto en el acceso a los bienes y servicios de salud, como en el financiamiento y los resultados en salud. Ambas son categorías utilizadas para referirse tanto a la coexistencia de varios subsistemas con diferentes tipos de financiamiento y prestación de servicios, dirigidos también a diferentes segmentos de la población, como al bajo nivel de integración o articulación entre dichos subsistemas y la consiguiente disolución de responsabilidades para el cuidado de la salud de la población (Baldo, 2017).

Según Arce (2012), particularmente en Argentina predomina un sistema de salud pluralista, en los que conviven diferentes componentes, como el subsistema de servicios públicos financiado por el Estado, el subsistema de seguridad social de origen estatal, financiado a través del salario y contribuciones dirigidas a los trabajadores formales, cuyos proveedores eran predominantemente privados, y subsistemas privados a través de entidades aseguradoras con fines lucrativos.

La República Argentina es un Estado Federal, integrado por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Capital Federal). Actualmente en su artículo 13 de la Constitución Argentina (1994) establece la salud como un derecho del público y un deber del Estado. Las 24 unidades político-administrativas tienen, por mandato constitucional, la responsabilidad del cuidado y protección de la salud de la población. Como la salud es un derecho constitucional, no debe haber barreras legales que impidan el acceso de los argentinos a los servicios de salud pública.

El proceso de constitución del Estado Nacional Argentino se inició a principios del siglo XIX, a partir de la revolución que independizó el territorio del Virreinato del Río de la Plata del dominio de la monarquía española. Tanto en la época de la colonia como en las primeras décadas del período independiente, la atención de la salud se caracterizó por la dispersión institucional: había organizaciones dedicadas a la caridad, asociaciones de ayuda mutua, médicos que brindaban atención privada y algunos establecimientos públicos concentrados principalmente en la ciudad de Buenos Aires.

En general, la intervención del Estado en la salud fue impulsada por las epidemias y grandes catástrofes tanto naturales, más principalmente humanas como las guerras y revoluciones. En la Argentina los primeros hospitales públicos surgen para atender a ex combatientes de las campañas del desierto emprendidas por Juan Manuel de Rosas. El origen de la etapa hospitalaria comienza en Argentina, especialmente en Buenos Aires, pero en poco tiempo se crearon hospitales, dispensarios, asilos y pequeñas salas de atención en todo el territorio nacional, que tendieron a solucionar los problemas de salud de colectivos de escasos recursos económicos (Belmartino, 2005a).

En la segunda mitad del siglo XIX, la incidencia de enfermedades transmisibles como el cólera y la fiebre amarilla fue un poderoso estímulo para el surgimiento de instituciones específicamente encargadas de proteger la salud colectiva (Veronelli y Correch, 2004).

En ese contexto, en 1880 se creó la Dirección Nacional de Higiene (DNH), vinculada al Ministerio del Interior, que actuó por primera vez en las condiciones sanitarias de puertos y trenes, analizó los problemas de salud pública de la población (desinfección, vacunación, saneamiento básico) y promovió el control de consultorios médicos y farmacias (Falappa y Andrenacci, 2009).

A partir de 1890 comenzó a funcionar en Buenos Aires la Asistencia Pública, institución municipal cuya función era brindar atención médica a los más pobres e implementar servicios de salud, como vacunas y tratamiento de enfermedades infecciosas. El Patronato no se financiaba directamente con recursos públicos oficiales, sino que recibía donaciones del Estado (terrenos, edificios, subvenciones) y recursos de la Lotería Nacional (Golberto, 2010).

Según Golberto (2010), en la transición del siglo XIX al XX, la masiva inmigración fue protagonista principal de dos cambios que interfirieron decisivamente en la conformación de la protección social de la época: el crecimiento de la población urbana y la aparición de los primeros trabajadores en Organizaciones de autoprotección. El número de habitantes de Buenos Aires también creció debido a la migración interna de trabajadores acompañados de sus familias, quienes preferían las condiciones de empleo de la ciudad, específicamente salariales, a la relación laboral casi servil que prevalecía en las regiones del interior del país.

En 1857 se formó la primera organización de trabajadores del país, la Sociedad Tipografía Bonaerense, que asoció a los trabajadores de la imprenta; en 1858 aparecieron dos importantes instituciones de ayuda mutua en base al origen nacional de los inmigrantes: la Sociedad Española de Ayudas Mutuas, y la organización italiana Unione e Benevolenza, y en 1878 se creó la primera unión de Argentina, la Unión Tipográfica (Adamovsky, 2012).

La Gran Depresión, también conocida como crisis de 1929, fue una gran crisis financiera mundial que impactó en la estructura económica argentina, generando un conjunto de problemas económicos, sociales y políticos que dieron como resultado la primera intervención militar en el país en 1930, dando origen a la primera dictadura argentina. En ese momento, aparecieron los primeros planes de seguro social. Algunos sindicatos comenzaron a brindar servicios de salud, que formaron la base de futuras obras sociales. El Estado, por su parte, apoyó el proceso haciendo obligatoria la afiliación al seguro y

creando sus propios institutos de seguridad social para los servidores públicos (Baldo, 2017).

De acuerdo con Belmartino (2005), las principales transformaciones en la estructura social del país comenzaron en la década de 1940, cuando el gobierno dio el primer paso hacia el reconocimiento de la salud pública como un problema de interés específico del Estado con la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, que en 1949 pasó a ser Ministerio. Esa década fue testigo del nacimiento de un Estado responsable con el derecho y la protección de la salud y de las organizaciones sindicales, estatales y paraestatales que más tarde dieron origen al sistema de obras sociales.

Los derechos sociales, y en particular la atención de la salud, se estaban expandiendo en este momento, pero el acceso no era universal, sino que estaba regulado por el Estado. Lentamente el Estado interviene en el tema y con distintas medidas de gobierno válida legalmente la existencia previa de obras sociales. La convivencia de las acciones públicas con el desarrollo del sistema de obras sociales encarna una gran fragmentación del sistema (Tobar, 2017).

Entre 1946 y 1951, el número de trabajadores sindicalizados pasó de 430.814 a 2.334.000, un aumento del 541% (Golbert, 2010). Como resultado, se produjo una expansión del modelo de seguro social para la atención de la salud, estimulada, por otro lado, por un fuerte apoyo estatal a la incorporación de los servicios de salud a la estructura sindical (Giovanella, 2013).

Al mismo tiempo, hubo un crecimiento importante del sector de la salud pública. Durante la administración de Ramón Carrillo en la Secretaría de Salud Pública, el sistema de salud pública buscó aumentar la regulación estatal del sector y hacer más accesible la atención médica a los pobres. Hubo un crecimiento importante en los servicios de salud pública: el número de camas

disponibles en el sector público aumentó en un 70% en nueve años, de 63.000 en 1946 a 108.000 en 1955 (Isuani y Mercer, 1988).

El Plan de Salud Pública de Carrillo organizó el territorio en seis regiones de salud, en todas las cuales se instalaron hospitales y servicios ambulatorios. El objetivo era vincular las instituciones de seguridad social y el hospital público, haciendo de este último una opción no solo para los más pobres. Para ello, buscó jerarquizar sus servicios, ampliando sus recursos humanos y materiales (Isuani y Mercer, 1988).

Este período también vio el primer intento, por parte del Estado, de unificar y generalizar a toda la población los beneficios exclusivos de los trabajadores formales administrados por los sindicatos. El proyecto original era unificar los fondos de las cotizaciones de los trabajadores en un sistema nacional de seguridad social, y destinar parte de estos recursos a la creación de un sistema público de salud para los no cotizantes, que carecían de protección mutualista. Tales medidas implican un compromiso con la equidad y universalidad en el acceso a los servicios de salud, sin embargo, la Constitución fue aprobada en 1949 y derogada en 1957 por un gobierno surgido de un golpe de Estado (Rovere, 2004).

Entre 1955 y 1976, luego del golpe de Estado militar que derrocó al gobierno democráticamente electo, se mantuvo una política social inclusiva en salud, cuyo principal anclaje fueron los sindicatos de trabajadores asalariados. A través de ellos, una parte importante de la población tenía acceso a la seguridad social, la salud y las prestaciones familiares. La política estatal buscó limitar la intervención del sector de la salud pública, particularmente en lo que respecta a la atención médica. Este cambio fue acompañado por la expansión tanto de las obras sociales como del sector privado (Isuani y Mercer, 1988).

Durante este período, el sector privado casi triplicó el número de camas hospitalarias: pasó de tener 16.903 en 1955 a 47.048 en 1980. En los mismos

25 años, el sector público redujo el número de camas bajo control: pasó de 108.000 a 95.000 (Isuani y Mercer, 1988).

En 1971 el gobierno militar promulgó la ley de Obras Sociales 18.610, que ordenaba y consolidaba con criterios generales el régimen de las obras sociales en Argentina y establecía la obligación legal de la afiliación de los trabajadores y el aporte pecuniario a las obras sociales, fue la primera norma legal destinada a regular el funcionamiento de las obras sociales, lo que posibilitó su expansión (Garay, 1991).

En el mismo año se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), obra social estatal dirigida a los adultos mayores, que libera a la mayoría de las obras sociales sindicales de la obligación de asistir a los jubilados en su ámbito de actividad. Así, en este período se consolidó un modelo de seguro social de protección de la salud, caracterizado por la fragmentación y la desigualdad, ya que los servicios de salud de las obras sociales correspondían a los recursos de que disponían, que variaba según el número de asegurados y el promedio de salario para cada categoría profesional (Golbert, 2010).

En 1976, se instaló el Estado burocrático-autoritario en el país, a partir de este momento, según Castellani (2002), con características fundacionales comenzaron a desarrollarse esfuerzos para erradicar las bases de inversión y desarrollo de políticas sociales. Durante este período, se instaló el discurso del liberalismo económico, que repercutió en el ámbito de la salud, priorizando los componentes liberales y tecnocráticos, garantizando el desmantelamiento de los servicios sociales y su transferencia a la actividad privada.

La consecuencia directa de este proceso fue la expulsión masiva de ciudadanos del sistema de seguridad social y el aumento de la pobreza y la indigencia. En 1981, la proporción de personas con obra social se había reducido en un 60% (Golbert, 2010). Por su parte, Isuani y Mercer (1988)

señalan que la profunda crisis económica que afectó al país reforzó el deterioro de los servicios públicos.

Luego de la dictadura cívico-militar, el gobierno democráticamente electo intentó implementar una política social con una lógica más universal, para acabar con la tradición corporativista y fragmentada de la protección social argentina, sin embargo, el nuevo proyecto encontró resistencia en el parlamento, por parte del sector privado, del sector de la medicina y sindicatos. Fue sólo después de largas negociaciones que la propuesta fue aprobada en 1988 y dividida en dos leyes: la Ley 23.660 de Obras Sociales y la Ley 23.661 de Seguros de Salud, las cuales se encuentran actualmente vigentes y son vinculantes para las obras sociales nacionales, junto con la legislación complementaria (Garay, 1991).

Según Tobar (2012), el estado neoliberal en la salud provocó la fragmentación del sistema, la descentralización de los servicios, el fortalecimiento del sector privado, el enfoque en la provisión pública, el fortalecimiento de los servicios públicos y el uso del enfoque tecnocrático.

La década de los 90 estuvo marcada por la degradación de los servicios estatales, como resultado de la caída de la inversión pública combinada con el aumento de la demanda, proveniente de la población desempleada y empobrecida, que había sido expulsada de la estructura de la seguridad social. La salud pasó por un proceso de descentralización del nivel nacional hacia los provinciales y municipales, que no estuvo acompañado de mecanismos de compensación financiera, lo que implicó una mayor carga presupuestaria para las administraciones subnacionales y profundizó la fragmentación del sistema (Giovanella, 2013).

En 1993 se aprobó el Decreto 578, mediante el cual se crea el Régimen de Autogestión de los Hospitales Públicos, cuyos objetivos principales fueron otorgar a los establecimientos de salud mayor flexibilidad en la gestión de los recursos humanos y financieros y permitirles cobrar por los servicios ofrecidos

a los beneficiarios de obras sociales y planes privados y, por otro lado, en 1995, el Decreto 492 estableció el Programa Médico Obligatorio (PMO), que definió una canasta básica de prestaciones legalmente obligatorias para obras sociales y planes privados de salud (Mera y Bello, 2003).

En el siglo XXI, los gobiernos comenzaron a invertir en políticas de salud pública, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población en su conjunto. Los primeros programas implementados fueron el programa Remediar, que consistía en brindar medicamentos gratuitos a la población de escasos recursos sin cobertura de seguro; el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que garantiza el acceso gratuito a información y servicios de salud sexual y reproductiva para toda la población; la obligatoriedad de recetar medicamentos por nombre genérico, para incentivar la competencia entre laboratorios y permitir que bajen los precios, y la reforma del PMO, que pasó a ser el Programa Médico de Emergencia Obligatorio (PMOE), y estableció una lista de 216 medicamentos de prescripción médica de cobertura obligatoria por obras y empresas privadas de medicina (Baldo, 2017).

Actualmente, el sistema de salud argentino está compuesto por los sectores público, sector privado y de seguridad social. Y está marcado por una excesiva fragmentación, que se expresa en las distintas fuentes de financiamiento, las diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados y los diferentes regímenes y órganos de control y fiscalización.

La historia de la organización de los servicios de salud en Argentina puede contarse, según Tobar et al. (2012a), como una dinámica de avances y retrocesos en un sistema integrado. Dado que la complejidad y la fragmentación son actualmente las principales características del sistema de salud argentino.

El derecho a la salud en Argentina es considerado un Derecho Humano Fundamental, sin embargo, según Echegoyemberry (2021), a pesar de ello

aún existen importantes barreras que restringen y limitan el acceso a la salud de gran parte de la población, lo que genera un desfase entre el derecho consagrado y su aplicación.

6.2 El sector público, las obras sociales y la medicina privada

Según Arce (2012), la característica más importante del sistema de salud en Argentina está determinada principalmente por la organización federal del país, por lo que las provincias conservan su autonomía para administrar los servicios de salud. A esta condición estructural hay que sumar la pluralidad de iniciativas y jurisdicciones, así como su persistente fragmentación institucional, que acentúa la dispersión de los centros de decisión.

El gobierno nacional argentino establece sus objetivos centrales del sistema a través del Ministerio de Salud (MS), que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud. El Ministerio de Salud se encarga de la normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se realizan en el territorio nacional (Belló y Montekio, 2011).

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), cumple una función relevante como organismo descentralizado del Ministerio de Salud. Tiene autonomía administrativa, económica y financiera, y es un órgano de supervisión, fiscalización y control de los agentes que forman parte del Sistema Nacional de Seguro de Salud (MS, 2017).

Además, la SSS es responsable por regular y controlar a todas las obras sociales nacionales y entidades de medicina prepaga para garantizar los derechos de las personas. Esto significa que, tanto los agentes de seguro como las compañías privadas, deben responder a este ente regulador ante un reclamo de un usuario. Es importante señalar que ante cualquier incumplimiento por parte de los prestadores de salud, ya sea de obra social o

de prepago, este organismo puede y debe velar por que se cumplan las garantías de acceso a la salud y está facultado para sancionar a los proveedores si fuera necesario (Belló y Montekio, 2011).

El sector público está integrado por las estructuras administrativas provinciales y nacionales de nivel ministerial, y la red de hospitales y centros de salud públicos que prestan atención gratuita a toda persona que lo demande, en general personas sin seguridad social y sin capacidad de pago (Cetrángolo & Devoto, 2002). Su financiamiento se realiza con recursos fiscales, la administración central y los órganos descentralizados provinciales se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional (Arce, 2012).

Las provincias son responsables de la salud de sus habitantes a través de sus Ministerios de Salud. La falta de integración entre la nación y las provincias es un problema que persiste en el sistema de salud en Argentina, sólo en los últimos años, según Belló y Montekio (2011), ha dado un impulso especial al Consejo Federal de Salud (COFESA), que está integrado por los ministros de las provincias y el ministro de la nación.

El Ministerio de Salud (MS, 2017) también regula las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga. Estas tienen la obligación de atender el Programa Médico Obligatorio (PMO) dispuesto por el MS, cuyo cumplimiento es supervisado por la SSS dependiente de dicho ministerio.

El Subsistema público de Salud debe organizar sus recursos de manera acorde a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como modelo de atención a adoptarse en el territorio de las Provincias. A tales efectos, este accionar institucional se cimienta fundamentalmente en la conformación de redes y niveles de atención, los cuales serán definidos por criterios que el Ministerio de Salud considere según los requerimientos de la política sanitaria (Ministerio de Salud, 2011).

El Ministerio de Salud tiene la atribución para definir y organizar las regiones sanitarias, de acuerdo a las necesidades territoriales para garantizar cercanía, mejorando la accesibilidad a los servicios de salud, priorizando las acciones en zonas de vulnerabilidad.

La regionalización de los servicios de salud pública es un proceso de organización en red de servicios a nivel territorial o local mediante la definición de áreas geográficas con el objeto de atender las necesidades sanitarias específicas, con el objetivo de alcanzar condiciones superiores de salud brindando accesibilidad y cobertura a la comunidad recabando de ella su imprescindible participación (Ministerio de Salud, 2011).

Según el Ministerio de la Salud (2011), los elementos que componen la red de servicios deben tener un rol y responsabilidad de resolución, que en conjunto den cuenta de las acciones de promoción y prevención de la salud, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados domiciliarios incluyendo atención de urgencia y emergencia. La red se configura garantizando la accesibilidad de toda la población desde un primer nivel de atención hasta un tercer nivel, en función de las necesidades de cuidados que el usuario requiera, incluyendo la garantía del tránsito y el traslado de las personas entre los tres niveles de atención.

Deben ser consideradas parte del Subsistema Público los efectores de salud y sus equipos de trabajo, dispositivos, programas públicos, organizados en redes que presten servicios de salud, ya sean del orden provincial y/o municipal; así como otras entidades de carácter público como Universidades Nacionales.

El sector privado incluye a los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a Obras Sociales específicas o a sistemas privados de medicina prepagada; los establecimientos asistenciales, contratados también por las Obras Sociales,

las entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina Prepaga (EMP), que incluyen un subsector prestador de servicios agrupado en la confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados. Este sector comprende también a las llamadas cooperativas y mutuales de salud, que son entidades no lucrativas que ofrecen planes de salud, pero no operan ni como Obras Sociales ni como medicina prepagada (Maceira, 2010).

Las empresas de medicina prepaga son instituciones médicas privadas con fines de lucro, se financian con los pagos de mensualidades de personas o mutuales. Su principal función es asegurar cobertura de salud a un sector de la población que puede absorber el costo de una cuota mensual (Belló y Montekio, 2011). Los alcances y responsabilidades de estos organismos se encuentran establecidos en el Marco Normativo de la Medicina Prepagada regulado por la ley N° 26.682, que establece las obligaciones mínimas que tiene que cumplir tulas instituciones de medicina prepaga y cuáles son los organismos que te protegen en caso de incumplimiento (Argentina, 2011).

Entre las principales obligaciones de la medicina prepaga en el sistema de salud en Argentina están “brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión”. Así lo establece el artículo 2° de la normativa que las regula y se deja establecido que las prestaciones pueden ser a través de centros propios o de terceros (Argentina, 2011).

Deben ser consideradas parte del Subsistema Privado las entidades o personas privadas que presten servicios de salud, como ser: Entidades o instituciones privadas, asociaciones civiles con o sin fines de lucro, empresas de medicina prepaga y Personas físicas o jurídicas.

El sector del seguro social obligatorio se organiza en torno a las Obras Sociales (OS), que cubren a los trabajadores asalariados y sus familias según ramas de actividad. Además, cada provincia cuenta con una OS que cubre a

los empleados públicos de su jurisdicción. Finalmente, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados/Programa de Asistencia Médica Integral (INSSJyP – PAMI) brinda cobertura a los jubilados del sistema nacional de previsión y sus familias (Belló y Montekio, 2011).

Su financiamiento proviene de un impuesto al salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 5% constituye el aporte del empleador. Del total de ingresos por Obra Social, la Administración Federal de Ingresos Públicos retiene un 0.9%, que se canaliza a un Fondo Solidario de Redistribución (FSR), gerenciado por el ANSeS, cuya función es aumentar la equidad en la distribución de recursos entre beneficiario de diferentes entidades, y los gastos generados por prestaciones a afiliados de la Obra Social en hospitales públicos de autogestión (Maceira, 2002).

Un tema importante a destacar está relacionado con la demanda, ya que es posible distinguir a quienes solo acceden a los servicios públicos de quienes, además, cuentan con cobertura de seguro de salud. Según la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME) en 2018, una tercera parte de la población del país no contaba con un seguro formal y solo accedía a la salud a través de los servicios públicos mientras que las dos terceras partes contaban con cobertura de seguro (obras sociales nacionales, provinciales o empresas médicas prepagas).

Según una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en 2018 Argentina tenía una población estimada de 44,5 millones de habitantes. Según la encuesta 35,8% de la población estaba bajo la cobertura del Sistema de Salud Público, 36,3% bajo la cobertura de las Obras Sociales Nacionales (OSN), 16,1% bajo la cobertura de las Obras Sociales Provinciales (OSP), 11,6% bajo la cobertura del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) Programa de Atención Médica Integral (PAMI) y 13,5% bajo la cobertura de las Empresas de Medicina Prepaga (Tabla 1).

Cabe destacar que, la Seguridad Social es la principal fuente de cobertura de salud no gubernamental del país. Los datos de cobertura poblacional registraron variaciones en los diferentes tipos de cobertura. En términos porcentuales estos indicadores muestran que 35,8% de la población total no cuenta con seguros particulares, en este sentido este porcentaje depende de los servicios públicos de las distintas jurisdicciones. Por otro lado, 64,2% de la población está cubierta por la Seguridad Social (OSN, OSP y PAMI) y solamente 13,3% de la población total posee seguros privados (CADIME, 2018).

Deben ser consideradas parte del Subsistema de la Seguridad Social: las entidades o instituciones sindicales y de la seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud.

Tabla 1. Población Según Cobertura de Salud. Argentina, 2018

Sector	Población bajo cobertura	%
Sector Público	15.938.100	35,8
Obras Sociales Nacionales (OSN)	16.191.198	36,3
Obras Sociales Provinciales (OSP)	7.182.000	16,1
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y pensionados (INSSJP) Programa de Atención Médica Integral (PAMI)	5.169.802	11,6
Empresas de Medicina Prepaga	7.576.072	13,5
TOTAL	46.121.171	103,6

Fuente: Elaboración propia en base: CADIME (2018)

6.3 El sistema de salud en la provincia de Santa Fe

La Provincia de Santa Fe es una de las 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) que integran la República Argentina. La provincia tiene una superficie de 133.007 km² y una población total de 3.200.736 habitantes según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en octubre de 2010, lo que significa el 7,98% del total

poblacional del país. La provincia está dividida política y administrativamente en 19 departamentos los cuales contienen 362 distritos. De éstos, 50 son municipios y 312 comunas.

Según el censo realizado entre el 16 de marzo y el 18 de mayo de 2022, a nivel provincial, entre 2010 y 2022, el aumento intercensal de la población fue del 11,3%. La provincia sigue siendo el tercer distrito del país, detrás de Buenos Aires (17.569.053) y Córdoba (3.978.984), pero por encima de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (3.120.612) (INDEC, 2023).

Para el análisis de la población según cobertura de salud en la provincia de Santa Fe se analizaron los datos obtenidos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado en el año 2010. Para un mejor análisis, los grupos de edad se dividieron en menores de 14 años (población infantil), entre 15 y 59 años (población adulta joven) y mayores de 60 años (población adulta-edad) Tabla 2.

Tabla 2. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad (año 2010).

Sexo y grupo de edad	Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud				No tiene obra social, prepaga o plan estatal
		Obra Social (¹)	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
Total	3 164 038	1 481 309	402 922	225 251	51 411	1 003 145
0-4	244 460	88 999	34 136	15 787	5 160	100 378
5-9	251 543	94 699	32 528	14 688	4 994	104 634
10-14	258 561	98 780	30 530	13 561	5 412	110 278
Total	754 564	282 478	97 194	44 036	15 566	315 290
15-19	271 902	105 943	30 306	14 854	4 891	115 908
20-24	264 770	95 104	33 074	18 851	4 090	113 651
25-29	255 690	95 720	39 626	22 924	3 635	93 785
30-34	249 400	101 685	42 074	21 675	3 628	80 338
35-39	203 691	86 885	34 007	17 363	3 298	62 138
40-44	180 271	81 291	27 843	14 658	2 868	53 611

45-49	176 178	81 691	25 685	15 194	3 322	50 286
50-54	164 447	75 817	23 468	16 565	2 827	45 770
55-59	154 709	74 841	20 977	16 241	2 669	39 981
Total	1 921 058	798 977	277 060	158 325	31 228	655 468
60-64	133 247	84 894	13 437	10 652	2 004	22 260
65-69	109 013	91 382	6 246	5 110	973	5 302
70-74	89 775	80 518	3 558	3 199	517	1 983
75-79	69 936	63 469	2 748	1 879	472	1 368
80 y más	86 445	79 591	2 679	2 050	651	1 474
Total	488 416	399 854	28 668	22 890	4 617	32 387
Varones						
0-4	124 478	45 097	17 421	7 980	2 558	51 422
5-9	127 717	47 909	16 146	7 559	2 602	53 501
10-14	131 292	50 173	15 410	7 128	2 834	55 747
15-19	135 628	52 628	15 192	7 330	2 493	57 985
20-24	131 299	47 612	16 836	8 513	2 130	56 208
25-29	126 910	48 694	20 129	10 384	1 678	46 025
30-34	122 915	50 079	21 099	10 111	1 600	40 026
35-39	99 953	41 918	17 041	8 573	1 459	30 962
40-44	88 785	39 234	14 043	7 570	1 172	26 766
45-49	85 683	38 405	12 878	7 324	1 513	25 563
50-54	79 337	35 239	11 666	7 534	1 274	23 624
55-59	75 260	33 798	10 689	7 746	1 243	21 784
60-64	61 797	31 022	7 823	6 379	1 032	15 541
65-69	49 157	39 099	3 244	2 637	507	3 670
70-74	37 859	33 484	1 610	1 584	171	1 010
75-79	27 019	24 224	1 163	805	178	649
80 y más	27 632	25 135	975	789	248	485
Total	1 532 721	683 750	203 365	109 946	24 692	510 968
Mujeres						
0-4	119 982	43 902	16 715	7 807	2 602	48 956
5-9	123 826	46 790	16 382	7 129	2 392	51 133
10-14	127 269	48 607	15 120	6 433	2 578	54 531
15-19	136 274	53 315	15 114	7 524	2 398	57 923
20-24	133 471	47 492	16 238	10 338	1 960	57 443
25-29	128 780	47 026	19 497	12 540	1 957	47 760
30-34	126 485	51 606	20 975	11 564	2 028	40 312

35-39	103 738	44 967	16 966	8 790	1 839	31 176
40-44	91 486	42 057	13 800	7 088	1 696	26 845
45-49	90 495	43 286	12 807	7 870	1 809	24 723
50-54	85 110	40 578	11 802	9 031	1 553	22 146
55-59	79 449	41 043	10 288	8 495	1 426	18 197
60-64	71 450	53 872	5 614	4 273	972	6 719
65-69	59 856	52 283	3 002	2 473	466	1 632
70-74	51 916	47 034	1 948	1 615	346	973
75-79	42 917	39 245	1 585	1 074	294	719
80 y más	58 813	54 456	1 704	1 261	403	989
Total	1 631 317	797 559	199 557	115 305	26 719	492 177

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

(1) Incluye PAMI.

Nota: se incluye a las personas viviendo en situación de calle.

Es posible observar que en la provincia de Santa Fe del total de varones (1.532,721) el 77,63% tiene algún tipo de cobertura de salud, siendo las personas con 60 años o más el grupo etáreo con mayor cobertura (89,50%). Lo mismo ocurre con la población femenina; del total de mujeres (1.631,317) el 69,82% tiene alguna cobertura de salud, siendo las personas con 60 años o más el grupo etáreo con mayor cobertura (96,12%).

El sistema público de salud en la provincia de Santa Fe se organiza sobre la base de una red integrada de servicios de salud, con énfasis en la descentralización territorial en regiones sanitarias con particularidades que requieren presencia y cercanía (Ministerio de Salud, 2011).

La red integrada de servicios de salud comprende el conjunto de efectores, dispositivos de soporte, programas y redes de apoyo, dependientes de la administración provincial, municipal y comunal destinados al cuidado de la salud de los habitantes de la provincia, así como también los mecanismos por los que estos elementos se relacionan entre sí para un funcionamiento integrado en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Los efectores de salud (Hospitales, SAMCOs y Centros de Salud) están organizados territorialmente en cinco nodos, en los que cada región posee una ciudad nodo, como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. Los cinco nodos que componen la provincia de Santa Fe son: Región 1 - Nodo Reconquista; Región 2 - Nodo Rafaela; Región 3 - Nodo Santa Fe; Región 4 - Nodo Rosario y Región 5 - Nodo Venado Tuerto.

La tabla 3 muestra los totales de población obtenidos en el año de 2010 correspondiente con el total para las Regiones-Nodo, que resulta de la suma de la población de los departamentos que componen cada una de las Regiones.

Estos efectores se dividen en diferentes niveles de complejidad, el primer nivel son los centros de salud, es el lugar de menor complejidad, no cuentan con camas hospitalarias y son los encargados de garantizar la salud territorializada. El segundo nivel es formado por los hospitales y samcos de baja y mediana complejidad y el tercer nivel son los hospitales de alta complejidad, son el último y más completo nivel de la red. Para garantizar el funcionamiento de la red articulando los tres niveles, la provincia utiliza el Sistema integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) que cuenta con vehículos de traslados y centrales de operaciones y traslados (Ministerio de Salud, 2011).

Tabla 3. Población según jurisdicción de residencia (Nodos)

Región- Nodo	Población total por Nodo
Región Nodo Rafaela	277.814
Región Nodo Reconquista	240.059
Región Nodo Rosario	1.697.076
Región Nodo Santa Fe	790.744
Región Nodo Venado Tuerto	195.043
Total Provincia	3.200.736

Fuente: IPEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas realizado. Año 2010 (datos provisorios)

Según un estudio realizado por Cardoso. et al, (2019) el sistema público de salud en la provincia de Santa Fe tiene 783 centros de atención de diferentes jerarquías y jurisdicciones (provincial y municipal). De estos, 299 son provinciales y 138 municipales. La oferta del servicio de salud público (centros de atención primaria) se concentran principalmente en los distritos de Rosario, Santa Fe, Rafaela, Reconquista-Avellaneda y Venado Tuerto (Tabla 4).

Es posible destacar la cantidad de centros de salud de Rosario: 747, la mitad de todos los centros de la provincia de Santa Fe. En un 82% son privados, y entre los públicos, en partes casi iguales son de gestión provincial y municipal. A pesar de ser la capital provincial, el distrito Santa Fe, comparado con Rosario tiene un significativamente menor número de centros (168), de los cuales son privados el 67% y de los públicos, exceptuando uno municipal, los demás con provinciales. Venado Tuerto, con menor cantidad que el anterior, tiene semejantes proporción de centros privados y públicos, aunque se diferencia en la mayor presencia de los centros municipales (Cardoso. et al, 2019).

Tabla 4. Cantidad de Centros de Salud en los principales puntos de la Provincia de Santa Fe. Según categoría

Distrito/Categoría	Provincial	Municipal	Privado	Pública	Total
Rosario	47	59	609	106	747
Santa Fe	55	1	112	56	168
Rafaela	12	0	17	12	29
Venado Tuerto	3	13	31	16	49
Reconquista-Avellaneda	24	0	4	24	28
Total	141	73	773	214	1021

Fuente: Infraestructura de Datos Espaciales, Santa Fe. IDESF (2017)

Según Cardoso. et al, (2019) en Reconquista y Avellaneda el 86% de los centros de salud existentes son públicos, bajo gestión provincial; solo 4 son privados. Rafaela, con el mismo número de centros que Reconquista-Avellaneda, tiene una proporción algo mayor de privados que de públicos.

También según el autor, los centros de salud privados suplen las necesidades de un sistema público de salud saturado o colapsado para los casos de Rosario, Santa Fe y Venado Tuerto, como sucede en los casos de Rafaela y Reconquista.

6.4 Las adversidades del sistema de salud argentino

La anhelada posibilidad de brindar una cobertura homogénea y equitativa de recursos en un sistema de salud se vislumbra en Argentina, según Maceira (2009), esto está en función de la descentralización y fragmentación del sistema de salud.

El modelo argentino de salud constituye un caso particular por su elevada fragmentación y segmentación. De acuerdo con Belló y Montekio (2011), la cobertura de la salud se encuentra distribuida entre el sector público, las OS y el sector privado, con una pobre coordinación entre subsectores, que ofrecen beneficios en salud muy heterogéneos. Veronelli y Correch (2004) defienden la hipótesis de que la fragmentación constituye una debilidad estructural de la organización médico-sanitaria argentina.

Maceira (2009), defiende que las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud son particularmente pertinentes en Argentina, puesto que existe un sistema de salud segmentado, es decir, no existe un fondo único de recursos que permita ofrecer un paquete homogéneo de servicios a toda la población. Según él, el sistema de financiamiento y atención de la salud se encuentra fragmentado desde el punto de vista administrativo, siendo representado por la descentralización provincial y municipal y por tipo de cobertura: público, obras sociales y prepagas.

Según Laborato (2021), la fragmentación constituye el gran problema del sistema de salud argentino. La falta de coordinación entre los subsistemas públicos, de seguridad social y privado evidencian fallas a la hora de proveer

cobertura de salud, generando dificultades en el acceso, así como problemas en la calidad de la atención.

Como resultado, Argentina posee una oferta de servicios con calidades de atención muy heterogénea, a la vez que las posibilidades de acceso a servicios de calidad se encuentran relacionadas con los recursos y el lugar de residencia de los usuarios (Adaszko et al., 2011).

En este sentido, Cetrángolo (2014) señala que todo este contexto genera que el tipo de cobertura, el acceso y la calidad de los servicios de salud que se utilizan dependen de las características culturales, económicas y sociodemográficas de la población, así como de factores territoriales. Además, refuerza que existen coberturas heterogéneas según las condiciones socioeconómicas regionales. De esta forma, los ciudadanos de un mismo país tienen diferente acceso al sector público, de diversa calidad, dependiendo de su ubicación geográfica. A su vez, dentro del subsector del seguro social obligatorio, existen importantes diferencias en el acceso y calidad de los servicios según la obra social de que se trate y el lugar de residencia.

Las diferentes posibilidades de acceso y los distintos patrones de utilización de los servicios de salud es una de las formas en que se expresa la desigualdad ante la atención a salud. De acuerdo con la Asociación Latino Americana de Medicina Social (2008), la clase social, el género y la etnia son los principales factores que la explican, generando posibilidades distintas de acceso a los servicios de salud.

Para Cetrángolo y Goldschmit (2018), existe un grupo de la población que, debido a su nivel de ingresos o posición privilegiada en el mercado laboral, tiene coberturas múltiples y de diferente calidad por la superposición de la oferta pública, la cobertura obligatoria de la seguridad social y la privada. En cambio, un elevado porcentaje de la población no tiene acceso a ningún tipo de seguro y logra cobertura gratuita a través de la provisión pública, quedando sujetos a la variable disponibilidad de los recursos de los hospitales

provinciales o municipales, además del eventual pago de bolsillo ante la presencia de cobros indebidos.

De acuerdo con Maceira (2009) para tomar dimensión de la disparidad que existe en Argentina es necesario, hacer foco en los números: sólo veinte de las trescientas obras sociales dan cobertura al 50% de la población de este subsistema, y las brechas de recursos disponibles entre obras sociales de altos y bajos ingresos es muy alta, mostrando claramente que no es posible garantizar acceso equitativo bajo esta modalidad de atención. Además, esta disparidad repercute en la calidad de la gestión, dentro del universo de instituciones existentes algunas que son modelo de eficacia mientras otras no cuentan con capacidad de atención, derivando pacientes al subsistema público.

Belmartino (2005b), resalta que el principal desafío del gobierno es diseñar medidas para incrementar el acceso igualitario a servicios integrales de salud reduciendo los enormes costos asociados a la atomización financiera.

Para lograr que los servicios de salud sean equitativos, integrales e integrados, es necesario realizar cambios importantes en el modelo de atención y en la forma en que se organiza la prestación de estos servicios. En este sentido, en 2005, la Organización Mundial de la Salud destaca que el uso de las tecnologías de la información y la comunicación como apoyo en el área de la salud es un elemento fundamental en la estrategia para garantizar la cobertura universal de la atención médica (OPS, 2016).

Como consecuencia, la incorporación de la telemedicina en Argentina llegó como una solución de contención de costes y mejora de la calidad asistencial, ya que facilitan el acceso y la disponibilidad de servicios asistenciales en zonas que serían difíciles de obtener de otra manera (OPS, 2017b).

La crisis sanitaria causada por la pandemia de Covid-19 trajo a la superficie la necesidad de debatir la estructura del sistema sanitario argentino. La coyuntura puede convertirse en una ventana de oportunidad para el Gobierno a la hora de repensar su actual modelo de atención, y lograr a partir de esta experiencia la conquista de un sistema de salud integral y de calidad.

VII. Telemedicina

7.1 Historia y desarrollo

Históricamente, la aparición de la telemedicina está relacionada con el desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs). Sin embargo, según Craig y Patterson, (2005) los primeros informes de lo que serían sus inicios se remontan a la Edad Media, cuando la información sobre el avance de la peste bubónica en Europa se transmitía mediante señales de humo.

El primer registro del uso de tecnología de comunicaciones a distancia al servicio de la salud fue en 1347, cuando el heliógrafo fue usado en la peste bubónica en Europa como único medio de comunicación masivo para prevenir y advertir de la letalidad de dicha enfermedad (Sood et al., 2007).

Fue a partir del siglo XIX, con el desarrollo del correo y la invención del telégrafo, el teléfono y la radio, cuando la telemedicina tomó fuerza. El telégrafo se utilizó mucho durante la Guerra Civil estadounidense para transmitir listas de bajas y solicitudes de suministros médicos. Después de este período, cuando se perfeccionó, permitió la transmisión de imágenes radiológicas, pero a mediados del siglo XIX, el uso del telégrafo fue reemplazado por el teléfono.

A principios del siglo XX, alrededor de 1910, ya era posible transmitir electrocardiogramas (ECG), electroencefalogramas (EEG) y sonidos amplificados de auscultación a través de un estetoscopio por teléfono (Zundel, 1996).

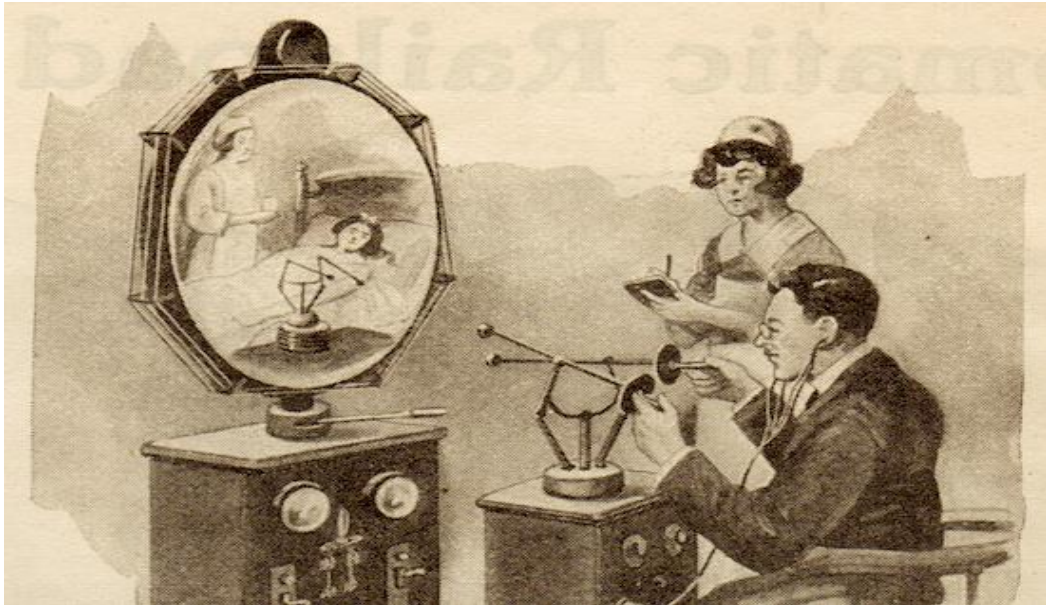
La radio permitió brindar asistencia médica a los marineros a bordo y, en 1920, el Seaman's Church Institute inició el primer servicio de Teleasistencia por radio. Lo que inspiró a cinco corporaciones marítimas de diferentes países

hasta 1938. Entre ellas, el Centro Internazionale Radio Médico (CIRM), con sede en Roma, se ha convertido en la organización más grande del mundo en brindar asistencia médica a través de telemedicina, habiendo iniciado sus actividades en 1935 y asistido a 42.000 marineros en 60 años (Santos et al., 2006).

La década de 1920 fue una década increíble de avances para la tecnología de las comunicaciones. En 1925 Hugo Gernsback, pionero de las nuevas tecnologías, publicó un artículo en la revista *Science and Invention*, en el que unía su fascinación por el futuro de las comunicaciones por radio y pronosticaba un dispositivo para el año 1975 que todavía no vemos aún. El dispositivo de Gernsback se denominó “teledáctilo” y permitiría a los médicos no solo ver a sus pacientes a través de una pantalla, sino también tocarlos a kilómetros de distancia con delgados brazos robóticos (Figura 1).

Su proyecto se imaginó como un dispositivo de feedback sensorial, que permitía al médico, además de manipular sus instrumentos a distancia, realizar controles a distancia sensibles al sonido y al calor, lo cual era fundamental para futuros diagnósticos (Figura 2).

En la segunda mitad del siglo XX, con el auge de la televisión fue posible incorporar las comunicaciones por vídeo en el uso de la telemedicina, impulsada por los avances en los medios, que pasaron de lo analógico a lo digital, y por los proyectos de organizaciones como la NASA (Administración Nacional de Aeronáutica y del Espacio) que, debido a su Programa Espacial, había para encontrar formas de cuidar la salud de sus astronautas en una misión. En la Misión Mercury (Estados Unidos 1960-1964) se obtuvieron por primera vez datos sobre el monitoreo y regulación de parámetros fisiológicos de dos astronautas en órbita a través de telemetría fisiológica (González y Herrera, 2007).



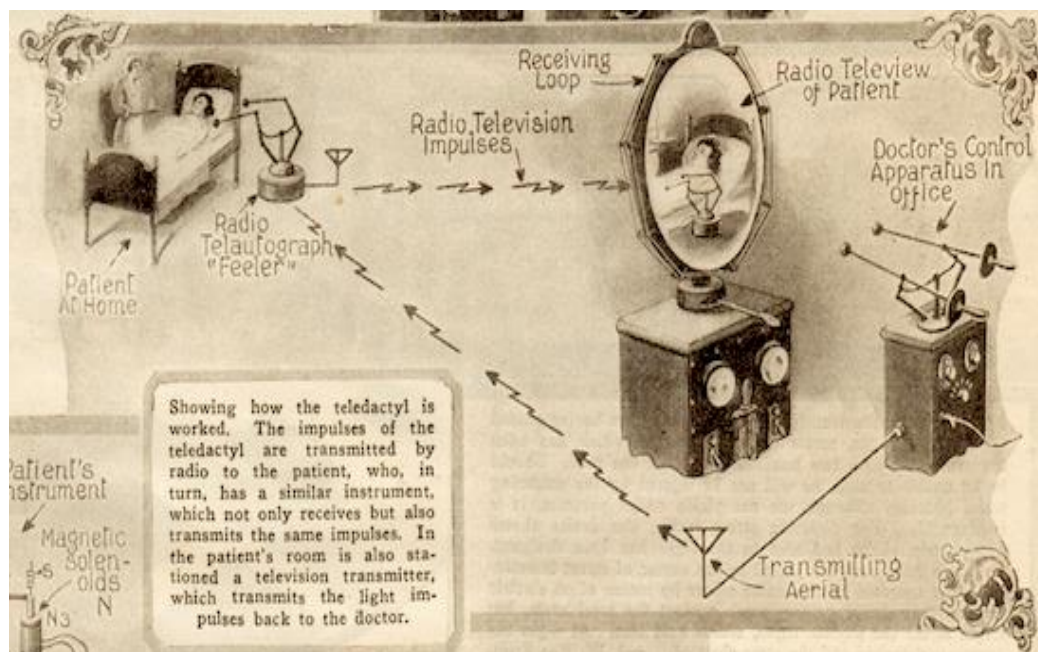
(Figura 1) El médico del futuro en la portada de la edición de 1925 de la revista "Science and Invention Magazine".

En 1957, en Canadá, el radiólogo Albert Jutras inició un servicio pionero de telerradiología para brindar atención y apoyo a comunidades rurales con pocos recursos. A fines de esa década, la NASA, en asociación con el Ministerio de Salud de los Estados Unidos, comenzó a transmitir electrocardiogramas y radiografías de una comunidad indígena en Arizona para ser evaluados por especialistas (Santos et al., 2006).

En 1964, el Instituto de Psiquiatría de Nebraska en Omaha estableció una conexión de circuito cerrado de televisión de dos vías con el Hospital Psiquiátrico Estatal de Norfolk, a 180 kilómetros de distancia. Esta línea de comunicación es considerada el primer enlace de video interactivo que se utilizó para la realización de consultas entre médicos especialistas y médicos generales y educación y formación a distancia (Bashshur, 1995).

Sin embargo, fue en 1967 que se instaló el primer sistema completo de televisión interactiva entre paciente y médico en tiempo real, enlazando el aeropuerto de Boston's Logan con el hospital general de Massachusett. Este sistema funcionaba a través de un circuito de microondas audiovisual de doble vía para brindar asistencia médica de tiempo completo a los pasajeros y al

personal. En el aeropuerto, la atención fue brindada por enfermeras, quienes se comunicaron con médicos especialistas ubicados en el hospital (Grigsby, 1995).



(Figura 2). Diagrama explicando como o teledáctil debería funcionar. Publicado en la revista "Science and Invention Magazine" en 1925.

Durante este tiempo de prueba, se demostró la factibilidad de un sistema que permitía el diagnóstico de patologías con un buen grado de precisión desde un área remota a través de televisión interactiva, exámenes diagnósticos de laboratorio e imagenológicos como las radiografías (Cáceres et al., 2011).

Según Cáceres et al. (2011), posteriormente se implementaron programas de telemedicina como proyectos fuera del ambiente hospitalario subsidiados por fondos de agencias del gobierno, con el único objetivo de comprobar la factibilidad de usar programas interactivos de telecomunicaciones para diagnosticar y tratar enfermedades en zonas distantes del médico.

Estos primeros intentos se conocen como la "primera fase" de desarrollo de la telemedicina, en este momento evidenciaron las grandes

barreras tecnológicas derivadas de las limitaciones de los equipos electrónicos de la época, posteriormente con los recortes en el financiamiento concluyeron en el fracaso de muchos de éstos a finales de 1970 y principios de 1980. Sin embargo, se pudo demostrar que las telecomunicaciones tenían un gran valor en cuanto a reducir tiempos de traslado del personal médico, ya sea en el contexto del cuidado de pacientes crónicos, consultas, de emergencias médicas que requerían opinión de expertos (Zundel, 1996).

Aún con todos los avances, fue recién en la década de 1990 que la telemedicina adquirió una relevancia significativa e inició su proceso de revolución en el área de la salud. La razón principal del avance se debió a la relación entre la medicina y la tecnología y la evolución que se venía dando. Durante este período, las computadoras e Internet se volvieron más ágiles y populares, lo que permitió que estos recursos influyeran positivamente en la rutina de los profesionales de la salud (González y Herrera, 2007).

En 1993 se indexa como término MESH la palabra Telemedicine en medline. Desde ese momento, prácticamente se inicia la llamada “segunda fase” de la telemedicina, que se extiende hasta nuestros días (Zundel, 1996). En el mismo año se crea en Estados Unidos la Asociación Americana de Telemedicina (ATA), con sede en Washington, DC, entidad de referencia responsable de la educación e investigación en telemedicina. La entidad también es responsable de la publicación trimestral de la “Revista de Telemedicina y e-Salud” y realiza seminarios frecuentes sobre telemedicina, además de un congreso anual para todos sus miembros. En 1995 se publicó en Inglaterra el primer número del “Journal of Telemedicine and Telecare”, promovido por la “Royal Society of Medicine”, una de las principales sociedades médicas del Reino Unido (Roca, 2001).

La mejora de las comunicaciones digitales y el surgimiento de la computación de bajo costo facilitaron la modalidad sincrónica de Telemedicina, utilizando sistemas de videoconferencia. El desarrollo de la

telefonía móvil y las comunicaciones por satélite ha impulsado aún más la modalidad (Domingues et al., 2014).

A partir del uso de consultas telefónicas, la telemedicina se volvió más sofisticada con cada avance tecnológico y comenzó a involucrar tecnologías complejas de telecomunicaciones e informática para brindar información y servicios de salud a clientes en varios lugares, lo cual es particularmente relevante en pandemias, ya que puede minimizar la transmisión de enfermedades (Alaball et al., 2020).

Actualmente, con el proceso de evolución digital cada vez más presente en la sociedad, ya se están desarrollando tecnologías capaces de analizar un gran conjunto de parámetros y crear percepciones específicas sobre la salud del paciente, lo que antes no era posible. La disponibilidad de datos y la inteligencia artificial permiten microintervenciones precisas y en tiempo real, lo que permite a los profesionales de la salud estar siempre un paso por delante de las enfermedades más graves. Dichos cambios tendrán un impacto significativo en los segmentos existentes de la industria de la salud, con la aparición de nuevos roles y funciones.

7.2 Conceptos y Definiciones

Existen en la actualidad diversas divisiones provenientes de la unión entre las tecnologías de la información y la telecomunicación con la salud. Entre ellas se destacan la telemedicina, la telesalud (telehealth), el telecuidado (telecare), y la e-salud (e-health).

La telesalud es un término que día a día toma más fuerza debido a su contexto clínico e igualmente enfocado a la transmisión de información más compleja en salud, como es el caso de información demográfica y operacional. Su definición se orienta al uso de las tecnologías de información y

telecomunicación para transferir información en salud que permita administrar servicios clínicos, administrativos y educativos (Norris, 2001).

Desde el punto de vista del cuidado personal que reciben los pacientes, de acuerdo con Norris (2001), el telecuidado utiliza las tecnologías de la información y telecomunicación para transferir información médica para el diagnóstico y terapia de pacientes en su lugar de domicilio y por último, el término e-salud, que según Maldonado (2016), representaría la convergencia de Internet con la salud, en este sentido, reflejaba todo tipo de servicios de salud posibilitados por Internet, y se define como el uso de las tecnologías de la información y telecomunicación para conocer las necesidades de los ciudadanos, pacientes, profesionales de la salud, proveedores de servicios en salud y legisladores con respecto a la prestación de los diferentes servicios en salud.

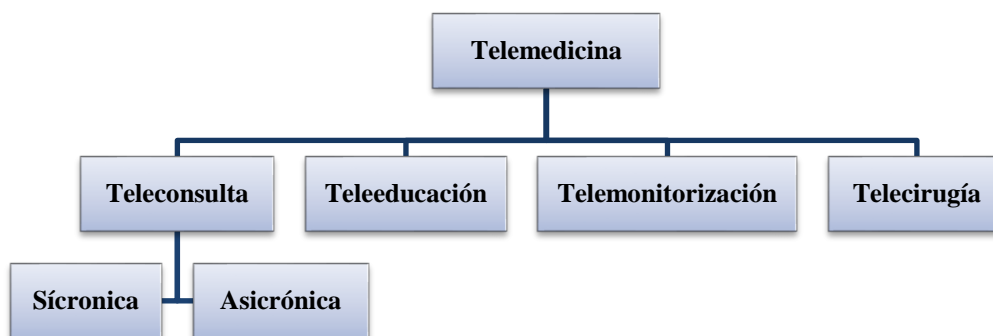
En el transcurso de la evolución tanto de la medicina como de las tecnologías en telecomunicación, se han desarrollado diversos tipos de telemedicina los cuales definen su alcance actual. A continuación, se describirán los 4 tipos más importantes en donde se resume el estado de la técnica al día en telemedicina (Figura 3).

El primer término utilizado, en la década de 1960, fue telemedicina. Su significado estricto era el tratamiento a distancia del paciente por parte del médico. Luego, el concepto se amplió a “transferir datos médicos por medios electrónicos de un lugar a otro” (Norris, 2001).

Telemedicina significa medicina a distancia (diagnóstico, tratamiento, etc.), mediante recursos tecnológicos que optimizan la atención, ahorrando tiempo y costes y aumentando la accesibilidad (Casado y Santervás, 2012). En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como Aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el

tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades. (OMS, 2010)

Figura 3. Tipos de Telemedicina



Fuente: Elaboración propia.

A partir de 1999, con la expansión del área, surgieron nuevas definiciones, con especial atención a esa propuesta durante el Congreso de la American Telemedicine Association en Washington DC, Estados Unidos: “uso de tecnología de la información y las telecomunicaciones para transferir información médica en procesos de diagnóstico, terapia y educación”. (Catapan y Calvo, 2020)

Otra definición es la de Craig y Patterson (2005), donde afirman que el acceso rápido a la experiencia (médica) a través de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones, sin importar dónde se encuentre el paciente o la información.

Sin embargo, muchos especialistas en la materia consideran que el término telemedicina se restringe a la parte médica. Esto llevó a la adopción de los términos telesalud y eSalud, este último surgido del año 2000. En este contexto, telesalud se define como el “uso de las tecnologías de la información y la comunicación para transferir información a partir de datos y servicios

clínicos, administrativos y educativos en salud". Abarcando a todos los profesionales que laboran en el área de la salud. (Santos et al., 2006)

De acuerdo con Eysenbach (2001), e-health es un campo emergente en la intersección de la informática médica, la salud pública y los negocios, que se refiere a los servicios de salud y la información proporcionada o mejorada a través de Internet y tecnologías relacionadas. En un sentido más amplio, el término caracteriza no sólo un desarrollo técnico, sino también un estado de ánimo, una forma de pensar, una actitud y un compromiso con el pensamiento global en red, para mejorar la atención de salud local, regional y mundial mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación.

Según Pagliari et al. (2005), e-Salud es más que eso, es un campo emergente de la información médica, refiriéndose a la organización y transmisión de servicios e información a través de Internet y tecnologías similares; constituye, además del desarrollo de la tecnología, una nueva forma de trabajo, actitud y relación a través del acceso a la red, una forma de pensamiento globalizado, con el objetivo de promover la salud local, regional y global mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

Siguiendo esta línea de pensamiento, podemos decir que e-Health tiene dos componentes: informática de la salud y telesalud. El primero se refiere a la recolección, análisis y transmisión de información y datos de salud que apoyan la atención; el segundo se refiere a la "entrega" directa (videoconsulta) o indirecta (sitio web) de información y atención al cliente. (Scott y Lee, 2005).

Actualmente la herramienta más utilizada de la telemedicina es la teleconsulta, según la OPS (2020), la teleconsulta, a veces denominada consulta remota o telesalud, se refiere a las interacciones que ocurren entre un médico y un paciente con el fin de proporcionar asesoramiento diagnóstico o terapéutico a través de medios electrónicos.

La teleconsulta además de brindar múltiples posibilidades en el caso de una pandemia, es de gran utilidad para áreas remotas y rurales y para la atención primaria de salud, ya que aumenta el acceso a médicos especialistas, lo que idealmente conduce a una mejor calidad de la atención y, donde hay infraestructura local, a la reducción de gastos de viaje. También se puede utilizar para la interacción entre gerentes y entre ellos y los profesionales de la asistencia para discutir temas relacionados con el proceso de trabajo (Viana, 2015).

Las teleconsultas asíncronas, se desarrollan mediante el envío de información clínica, y su posterior asesoramiento ocurre tiempo después, mientras que las teleconsultas sincrónicas se desarrollan en tiempo real (término más utilizado en el ámbito internacional), involucrando la participación tanto de los pacientes como de los profesionales en salud en el envío de la información, utilizando en ocasiones sofisticadas tecnologías en telecomunicación (Stanberry, 2000).

La telecirugía constituye el uso de las TICs para el intercambio de orientaciones sobre prácticas y técnicas quirúrgicas entre médicos separados geográficamente y el uso de instrumentos robóticos en procedimientos quirúrgicos guiados a distancia. La telecirugía con el uso de robótica permite que el cirujano principal y el paciente estén a miles de kilómetros uno del otro, lo que permite el acceso al especialista sin necesidad de mover al paciente (Ferguson, 2017).

La telemonitorización o televigilancia es la monitorización a distancia de los pacientes en unidades móviles durante el transporte y la atención de emergencia cuando el médico no está presente (atención brindada por bomberos y paramédicos). Esta modalidad permite a un médico orientar al equipo de rescate en cuanto al diagnóstico y manejo hasta su llegada al hospital. También se ha utilizado para el control de pacientes institucionalizados (instituciones de larga duración), encamados, en atención domiciliaria o con dificultades de movilidad (Güemes, 2012).

La teleeducación o educación a distancia (EAD), como el propio término sugiere, es la realización de la educación y formación continua y permanente de los estudiantes en formación y profesionales ya formados, simplemente a través de clases, seminarios y reuniones para discutir casos con la ayuda de las TICs. Puede suceder mediante transmisión en tiempo real (videoconferencia, teleconferencia), con participación interactiva, o previamente grabado (digitalizado). Además, la teleeducación permite la calificación profesional de los equipos al brindar acceso a nueva información (ampliación de conocimientos) y oportunidades de formación e intercambio de experiencias profesionales (Viloria, 2009).

La telemedicina constituye una innovación en el área de la salud, entendiendo que innovar es hacer algo nuevo o hacer algo de un modo diferente para obtener mejores resultados. Estas innovaciones pueden implicar en pequeños cambios en las organizaciones, sistemas, procesos, productos o servicios (Catapan y Calvo, 2020).

En esta perspectiva, Maldonado (2016) refuerza que la telemedicina no es una actividad exclusivamente médica, sino la sinergia entre profesionales de la salud y de la tecnología, para el desarrollo de actividades multidisciplinarias que involucran la gestión y planificación, investigación y desarrollo de conceptos y soluciones en educación, asistencia e investigación científica en salud, además de aspectos éticos y legales. Por tanto, más que un conjunto de actividades multidisciplinarias, es un ámbito de actuación interdisciplinar.

7.3 Beneficios de la telemedicina

La telemedicina presenta numerosas ventajas que benefician a los profesionales sanitarios, a los ciudadanos, a las instituciones sanitarias y, en consecuencia, al propio sistema de salud. Según Fisk et al. (2020), los beneficios asociados con la telesalud se centran en los costos, la elección y

la conveniencia. En general, el uso de la telesalud tiene el potencial de mejorar la calidad de la prestación de servicios de salud, aumentar el acceso y optimizar los recursos financieros.

Es una herramienta importante para mejorar la prestación de atención y aumentar el acceso de los usuarios (Bradbury et al., 2014), contribuyendo a superar las barreras geográficas y temporales en el acceso a la salud, particularmente en regiones rurales y remotas, donde los recursos de salud son limitados, a menudo escasos o incluso inexistente (Brauchli, 2006).

De hecho, las intervenciones digitales pueden ser muy rentables y se están convirtiendo en un método cada vez más popular para brindar atención médica. Bradbury et al. (2014), afirma que la posibilidad de que la telemedicina ayude a identificar mejor la necesidad de derivación a otras especialidades mientras brinda una mayor coordinación, integración y continuidad de la atención, lo que permite superar las brechas en el acceso a especialistas. Para los usuarios, la telemedicina también parece ser una opción viable, ya que les permite gestionar su enfermedad de forma conjunta con los profesionales, al tiempo que reduce la carga de los desplazamientos a los servicios sanitarios, fomentando el ahorro de tiempo y dinero y la reducción de ausentismo de los usuarios (American Medical Association, 2020).

Según Ward (2013) el principal beneficio potencial debe ser brindar una mejor atención y mayor seguridad al usuario. El autor afirma que, si los únicos beneficios que se obtienen son sólo a nivel de procesos administrativos u organizacionales, o si los sistemas están mal diseñados y no satisfacen las necesidades de los usuarios, entonces el potencial no se alcanzará en su totalidad, los costos serán elevados y los usuarios potencialmente puestos en riesgo.

El uso de la tecnología remota también permite evaluar la evolución del usuario y, a través de una intervención más oportuna, evitar exacerbaciones de la enfermedad, la necesidad de atención de emergencia o

hospitalizaciones no programadas, así como adaptar la frecuencia de las consultas a las necesidades del paciente, además, la reducción de listas de espera y la optimización de la capacidad instalada por parte de las instituciones han sido beneficios asociados a los servicios de telesalud (Messina et al., 2014).

Sin embargo, Botrugno & Zózimo (2020) advierten que este hecho puede ser dudoso, ya que las plazas dejadas libres por los usuarios seguidos en el domicilio serían ocupadas por otros usuarios en lista de espera, cuyo descenso es sensible a factores políticos y epidemiológicos.

Smith et al. (2020) menciona el papel preponderante que jugó la telemedicina durante la pandemia, al permitir reducir el riesgo de contaminación cruzada por contacto directo, manteniendo el acceso a la atención médica. De esta forma, se aseguró el manejo de enfermedades crónicas no asociadas al virus SARS-CoV-2 sin poner en riesgo a los usuarios, permitiéndoles continuar con las recomendaciones de aislamiento social. Este recurso también permitió el tamizaje, derivación y seguimiento a distancia de pacientes con Covid-19, previniendo el contagio.

Aun así, y a pesar del consenso general sobre los beneficios potenciales de la telemedicina para usuarios y profesionales de la salud y la alta evidencia sobre la calidad de los resultados, satisfacción y tasas de éxito, la adopción de la telemedicina ha sido baja debido a las normas y barreras regulatorias, restricciones y complejidades (Maese et al., 2020).

VIII. Telemedicina en Argentina

Durante muchos años, los investigadores de servicios de salud analizan el uso de las telecomunicaciones avanzadas y tecnologías de la información para mejorar la atención de salud. La telemedicina, en griego $\tau\epsilon\lambda\epsilon$ (tele) que significa “distancia” + medicina, es la prestación de servicios médicos a distancia. De acuerdo con Truskowski et al (2020), en la Argentina, utilizar este sistema de atención es de extrema importancia, dado que por la extensión que presenta el país, existen dificultades en la capacidad de brindar servicios médicos, existiendo múltiples lugares con escasez de profesionales para la atención.

En América Latina, Argentina fue uno de los países pioneros en el uso de la TICs para contribuir a la democratización del acceso a una atención de salud de calidad. Desde 1986, Argentina inició un proceso de desarrollo en informática médica importante, con el apoyo de Canadá inicialmente y después de la OPS. A finales de la década de 1990 eran 2.000 las instituciones de salud interconectadas y algunas habían adquirido experiencia en tele consultorías (OPS, 2003).

El primer registro en la historia de uso de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) para transmitir una prestación médica fue en 1899 en el país, cuando el médico Alejandro Posadas utilizó el cinematógrafo para filmar una cirugía que posteriormente se transmitió a diversas localidades de Argentina (Venturini, 2015).

Según Luna et al. (2012), en los primeros años de la década de 1990, era evidente el vertiginoso aumento de la información y el conocimiento científico en Argentina. También era claro que la transición demográfica y su consiguiente envejecimiento poblacional, la epidemia de las enfermedades crónicas, las nuevas oportunidades diagnóstico-terapéuticas y la creciente demanda de servicios por parte de la población aumentaban los costos y

obligaban a cambios profundos en la organización y los modelos operacionales de los sistemas de provisión de servicios sanitarios.

En 1997 el Gobierno argentino aprobó la primera medida hacia una política pública de internet a través del Decreto 554/97. Este decreto declaraba de interés nacional el acceso de todos los habitantes a internet y facultaba a la autoridad de aplicación a desarrollar un plan estratégico para la expansión de internet y fomentar la internet como soporte de actividades educativas, culturales, informativas, recreativas y de servicios de salud (Monje, 2003).

En agosto del mismo año, se realizó la primera teleconsulta en el país, a través de la Oficina de Comunicación a Distancia (OCD), creada en el Hospital Público de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Según Savignano (2019) la OCD fue creada como una herramienta para sostener la continuidad asistencial de los pacientes de áreas remotas, su apertura significó la creación del primer programa de telemedicina del país. Entre sus principales objetivos está la promoción de la construcción de redes de comunicación y la interrelación entre las diferentes instituciones sanitarias, académicas y educativas del país

Actuando con un mecanismo ágil y eficaz para canalizar las consultas de los pacientes del interior del país y resolverlas a distancia, a fin de evitar derivaciones y traslados innecesarios, el proyecto avanzó con una estrategia para estimular el desarrollo regional, por lo que ha impulsado e instalado modelos similares a OCD Garrahan en centros de salud de diferentes provincias con el fin de optimizar la comunicación entre profesionales y administradores para la gestión y consulta remota (Savignano, 2019).

El acceso a internet fue estimulado en el país por diversos proyectos, en 1998 se creó el Programa para el desarrollo de las comunicaciones telemáticas “argentin@internet.todos”, a través del Decreto 1018/98. Entre

sus principales objetivos está promover el acceso universal a INTERNET y a la tecnología de la información en diferentes aéreas (Baladron, 2018).

En los años 2000, Argentina presenta su proyecto de telesalud nacional, culminando un proceso de acumulación en relación con la incorporación de las TICs en la salud. Sin embargo, este importante proyecto no pudo ser viable, lo que afectó a todo el proceso de desarrollo en el área de telesalud en América Latina (OPS, 2014b).

En 2003, la OCD generó el Programa de Comunicación a Distancia (PCD) del Hospital Garrahan, y desde 2006, el PCD integra, junto a otros subprogramas, el Programa de Referencia y Contrarreferencia (PRyCR), que funciona en 22 provincias del país. Su principal objetivo es favorecer la atención coordinada y la resolución local de los problemas complejos de salud infantil, con la participación de centros asistenciales de todo el territorio nacional. Además, promueve la formación continua de recursos humanos y asesora sobre modelos de organización hospitalaria y aspectos de gestión administrativa.

Cabe destacar, que el objetivo central de telesalud es prestar de manera conjunta una continuidad asistencial de los cuidados de los pacientes evitando así traslados innecesarios, internaciones prolongadas y favoreciendo la regionalización de la atención. De este modo, el modelo utilizado por el Hospital Garrahan se vio favorecido por implementarse desde el inicio con una estrategia de trabajo bajo la lógica de redes en salud, respetando la atención según complejidad progresiva, la referencialidad y la idiosincrasia local (Savignano, 2019).

La OMS, que ha estado trabajando con la salud electrónica desde el año 2005, la define como el uso rentable y seguro de las tecnologías de la información y de las comunicaciones en apoyo de los campos de la salud, y resalta que es una herramienta importante para los gobiernos y los grupos del

sector privado que puede ayudar a desarrollar servicios de salud más eficientes y equitativos (OPS, 2014b).

En 2011, con la publicación de la Estrategia y Plan de Acción Regional de eSalud de la Organización Panamericana de la Salud, la transformación digital quedó cada vez más presente en América Latina. A partir de ese momento, con el apoyo de la OPS, fueron desarrollados en Argentina varios proyectos para estimular el uso de la telemedicina en el país, ayudando a construir una estructura de asistencia y capacitación, que favorece la atención coordinada con la participación de todos los centros asistenciales, además hizo posible que la telemedicina se extendiera a todas las especialidades y la atención de la salud en alta complejidad (Marti et al., 2014).

Según la OMS (2005), ciber salud, también conocida como eSalud, se entiende como el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para promover la salud y áreas afines, incluidos los servicios de atención médica, la vigilancia y la documentación en salud, así como la educación, el conocimiento y la investigación. en materia de salud.

A partir de 2012, el gobierno argentino comenzó a trabajar con el concepto de ciber salud. El objetivo principal fue impulsar una política pública encaminada a mejorar la calidad de la atención en salud e igualar las condiciones del derecho universal de acceso a la salud de toda la población a través de la tecnología sanitaria. Para lograr estos objetivos, se diseñó una red de colaboración entre instituciones de salud pública de todo el país con el fin de promover la formación y construcción colectiva del conocimiento, la consulta remota de pacientes y la gestión de programas emanados del entonces Ministerio de Salud.

Con el pasar de los años, los modelos de atención a distancia guiados por las nuevas TICs se extendieron a lo largo y ancho del país, multiplicando los nuevos perfiles de los integrantes del campo de la salud que trabajan bajo esta lógica. Fue así que en el 2014 el entonces Ministerio de Planificación

Federal en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación lanzan el Plan Nacional de CiberSalud (Savignano, 2019).

Con el desarrollo del Plan Nacional de CiberSalud, Argentina consolidó el avance hacia una cobertura y acceso universal a la salud mediante el uso de tecnología de información y comunicación. Entre sus principales objetivos estaban la realización de capacitaciones a distancia, el desarrollo de aplicaciones y software que disminuyan la brecha digital entre hospitales y las interconsultas entre profesionales de la salud en todo el país, facilitar para los habitantes de zonas rurales el acceso a la opinión de especialistas sin la necesidad de trasladarse y mejorar la congestión de los centros de atención médica urbana (Piazzentino, 2019).

Fue a través de la Red Federal de Fibra Óptica (REFEFO), que el Plan Nacional de CiberSalud despliega una plataforma única de comunicaciones e internet para los establecimientos nacionales, provinciales y municipales dependientes del Ministerio de Salud. Promoviendo así la instalación de la infraestructura necesaria para conectar los hospitales públicos nacionales con otros centros de salud en todo país (Baladrón, 2019).

Sin embargo, recién en 2016 fue cuando el gobierno nacional consagró la utilización de la tecnología en salud como una de sus políticas sostenibles para avanzar en la Cobertura Universal de Salud (CUS), aprobada por el Decreto N° 908/16. Esta política fue un marco importante para la inversión en el desarrollo del uso de las TICs en el país, ya que requería la incorporación continua de tecnologías de la información y la comunicación. La resolución conjunta n° 3-e/2016, de fecha 24 de octubre de 2016, firmada entre el Ministerio de Modernización y el Ministerio de Salud, aprobó el programa de modernización del entonces Ministerio de Salud, incluyendo dentro de los proyectos fundamentales el avance del de la telesalud.

Un año después, en 2017, se crea la Asociación Civil de Telemedicina de la República Argentina (ACTRA), que agrupa a entidades de salud con el

objetivo de difundir y consolidar esta práctica. En su primera jornada de telemedicina destacaron que la telemedicina es una herramienta de amplia difusión en todo el mundo que, mediante prácticas de diagnóstico, tratamiento, prevención, educación y monitoreo de poblaciones vulnerables, busca brindar soluciones a los problemas de inequidad social y a la falta de acceso a los servicios de salud de calidad que las ciencias médicas del siglo XXI imponen (Barbagallo, 2021).

En 2018 mediante Decreto N ° 174/18 y Decisión Administrativa N ° 307/18 se creó la Dirección Nacional de Sistemas de Información, la cual se encargó de gestionar las condiciones para el desarrollo y coordinación de los sistemas de información a nivel nacional y jurisdiccional.

En el mismo año la secretaría de Gobierno de salud aprobó la Estrategia Nacional de Salud Digital mediante Resolución 2018-189-APN-SGS#MSYDS, la cual contempla dentro de sus objetivos la implementación de redes de telesalud que permitan la atención a distancia del paciente y las consultas de segunda opinión, mejorando la accesibilidad, evitando traslados y compensando las diferencias regionales de especialidades y recursos.

Para constituir una línea de acción específica para los sistemas de información, tendiente a generar estándares y procedimientos para la creación de una red integral interconectada a nivel nacional, mediante el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación el Gobierno desarrolla el Plan Nacional Telesalud (2018-2024). El plan busca brindar herramientas para una gestión eficiente orientada a la prevención, promoción y atención a los usuarios del sistema de salud, así como también para la continua formación de equipos sanitarios.

En el marco de la inclusión digital el gobierno argentino reconoció a Telesalud y la Telemedicina como una oportunidad para superar barreras de acceso y brindar servicios oportunos y de calidad a toda la población (Argentina, 2018b).

El 13 de septiembre de 2019, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, emitió la Disposición N° 1/2019, promulgando la Primera Recomendación para el uso de la Telemedicina. La recomendación aconseja sobre varios temas, tales como: la promoción de la teleconsulta síncrona (comunicaciones a distancia en tiempo real) para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud en lugares rurales o de difícil acceso; la capacitación de los miembros del equipo de salud involucrado en proyectos de telemedicina para usar esta tecnología; la inclusión de telesalud y telemedicina como materias en los planes de estudio de las escuelas de ciencias de la salud; y compensación por servicios de telemedicina Argentina.

A pesar de lo anterior, la regulación del uso de la telemedicina en Argentina sigue siendo un tema a discutir, principalmente por parte de los profesionales médicos, pues aún con los ya probados beneficios del uso de las TICs para la mejora de los sistemas de salud, en Argentina La El Código de Ética de la Confederación Médica, publicado en 1955, condena, aún después de su última actualización, en su artículo 115 p. 28, “el ejercicio de la medicina mediante consultas realizadas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet”.

No obstante, con el avance de la pandemia y debido al contexto sanitario impuesto por el gobierno, tanto el Ministerio de la Salud como la Superintendencia de Servicios de Salud, habilitaron de manera excepcional la teleasistencia y la prescripción electrónica como medidas para ayudar a brindar servicios de atención de la salud para la prevención y detección de los enfermos, y para su correcta orientación ante esta creciente demanda. Para reglamentar la teleasistencia se elaboró la Resolución 282/2020 que permitía el uso de plataformas de teleasistencia y teleconsulta a fin de garantizar prestaciones esenciales. A esta resolución se sumó el desarrollo del Plan Telecovid, con la finalidad de habilitar consultorios virtuales específicos para la atención remota de pacientes con síntomas o dudas al respecto (Argentina, 2020).

La estrategia del Programa Telecovid sigue el criterio de la Organización Panamericana de la Salud, según el cual las teleconsultas son una forma segura y efectiva de evaluar casos sospechosos y guiar el diagnóstico y el tratamiento del paciente, minimizando el riesgo de transmisión de la enfermedad. El Programa tiene por objeto la atención a distancia de casos sospechosos o confirmados de Covid-19 y de las personas que forman parte de los grupos de riesgo que están en condiciones de cumplir su aislamiento social, preventivo y obligatorio, en domicilio (Argentina, 2022).

Con el desarrollo del programa Telecovid por parte del gobierno nacional, se han abierto las puertas para implementar y fomentar el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta para garantizar el acceso de la población a prestaciones de salud por medios digitales y remotos (Gendler, 2021).

Según Gendler (2021) la emergencia sanitaria fue el motor fundamental de la promulgación de las normativas con el objetivo de brindar soluciones digitales a las fuertes restricciones de circulación y de atención en centros de salud. En este sentido, el Gobierno necesitó tomar medidas inéditas, mediante el decreto 98/2023, publicado en el Boletín Oficial, el Gobierno nacional reglamentó la Ley 27.553 de Recetas Electrónicas o Digitales la cual no tenía antecedentes en el país y se aceleró el plan proyectado en 2018 en lo que respecta a la Telemedicina.

Savignano (2021) destaca que la pandemia aceleró la necesidad de reflexionar y de accionar rápidamente acerca de cómo reducir las brechas de acceso y las inequidades en salud de las poblaciones más vulnerables. Es aquí donde la E-salud o telesalud, a través de las consultas médicas virtuales se erigió, en este contexto, como una fuerte estrategia de atención sanitaria para hacer frente a esta realidad, a la vez de promover la reducción de la circulación de personas en los establecimientos sanitarios.

Conforme el informe elaborado en diciembre de 2020 por el Ministerio de Salud de Argentina, se evaluó favorablemente la implementación del sistema

Telecovid a través de una encuesta realizada con los pacientes y personal de salud. La primera Encuesta Nacional de Telesalud, buscaba encontrar respuestas sobre lo que experimentaron, por un lado, los usuarios y pacientes en sus interacciones con el sistema de salud a través de la modalidad de teleconsulta, y por otro lado, conocer las experiencias de los equipos de salud al brindar asistencia y seguimiento a través de esta modalidad de trabajo.

Los resultados más destacados indicaron que el 77% califica como muy buena y buena la calidad general de la última teleconsulta a la que accedió y considera que la calidad de la conexión, del audio y del video fue muy buena y buena. Sobre la cantidad de veces que se utilizó la modalidad de teleconsulta en el 2020, 48% de los usuarios refiere haber hecho uso 1 vez mientras que el 47% refiere haberlo utilizado 2 ó más veces, mientras que el dispositivo utilizado mayoritariamente para acceder a la teleconsulta fue el teléfono celular 72%. En lo que se refiere a la experiencia de los equipos de salud, el 75% consideraron que la teleconsulta influye positivamente en la salud de la población y el 88 % que seguirán utilizando esta modalidad de atención (Argentina, 2020b).

La expansión y difusión de telesalud durante el 2020 se dio en el contexto de Pandemia y en el marco del Programa Telecovid, por lo que la mayoría de las consultas 56%, estuvieron vinculadas con el Covid-19, ya sea por casos sospechosos, seguimiento por casos confirmados y seguimiento por altas. Mientras que el 30% declaró consultar por controles y seguimiento por enfermedades de base, siendo las más frecuentes diabetes, enfermedades respiratorias y cardiopatías (Argentina, 2020b).

La adopción de esta modalidad generó grandes desafíos en torno a la preparación organizacional, de la infraestructura tecnológica y de los recursos humanos profesionales y no profesionales de los hospitales, sanatorios, etc. como también de las comunidades destinatarias de estas prestaciones. De esta manera, la telesalud aparece, según la OPS (2016) como una de las mayores innovaciones de los servicios sanitarios, y no solo desde el punto de

vista tecnológico, sino también cultural y social, al favorecer el acceso a los servicios de atención sanitaria, mejorar la calidad asistencial y la eficiencia organizativa.

Saiso et al. (2021), destaca que la verdadera innovación en servicios de salud no es la tecnología por sí misma, sino la nueva forma de articulación de los actores, la transformación de los procesos atenta a los escenarios cambiantes de nuevas expectativas y necesidades. Aún resalta que es importante comprender que la implementación de un programa de telemedicina encuentra su mayor desafío en el cambio cultural, entonces tiene mucho valor la conformación de un equipo interdisciplinario que pueda llevar estrategias de gestión del cambio y acompañar a todos los actores involucrados.

El uso creciente de los servicios de telemedicina a raíz de la pandemia contribuye al fortalecimiento del potencial de las tecnologías de la información y la comunicación en el área de la salud y demuestra ser una herramienta importante para mejorar el acceso a la salud en poblaciones remotas y actualmente también contribuye en un mejor diagnóstico cuando los profesionales se reúnen o son llamados por medio de este servicio para dar una mejor atención al paciente (Monraz et al., 2021).

Sin embargo, para aprovechar los beneficios de la telemedicina es necesario que existan factores esenciales para acceder a una conectividad adecuada, además de una buena coordinación en todos los niveles del sistema de salud, es necesaria una adecuada capacitación del personal de salud, apoyo por parte de la coordinación, infraestructura tecnológica, así como una alfabetización tecnológica de la población.

IX. Marco Normativo de las tecnologías de la información y la comunicación en Argentina

En el presente apartado se identifican las principales normas que rigen el uso de las tecnologías de la información y la comunicación en Argentina. Dada la abundancia de legislación en materia de telecomunicaciones, este estudio solo menciona las leyes, resoluciones, disposiciones y principales decretos, tratando de encontrar referencias concretas a las TICs con énfasis en el sector salud (Tabla 2).

Según Gendler (2021), en el ámbito de la telemedicina las cuestiones regulatorias son cruciales, es una cuestión clave para analizar la situación de la normativa legal al momento de la implementación y desarrollo del servicio de telemedicina.

Tabla 2. Normativas Argentinas que involucran el uso de las TICs en la salud.

Año	Normativa	Descripción
1997	Decreto N° 554/97 Telecomunicaciones	Declaró de Interés Nacional el acceso de los habitantes de la República Argentina a la red mundial Internet, en condiciones sociales y geográficas equitativas.
1998	Decreto N° 1.018/98 Programa argentina@internet.todos	Crea el programa para el desarrollo de las comunicaciones telemáticas.
2000	Decreto N° 252/2000 Crea el Programa Nacional para la Sociedad de la Información	Elaboración de las políticas y proyectos que resulten necesarios para difundir información, conocimientos e intercambios mediante la utilización de procesos informáticos.
2000	Ley N° 15.326 Decreto Reglamentario N° 1.558/2001 Protección de Datos Personales	Objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean éstos públicos, o privados destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas.
2001	Ley N° 25.506 Ley N° 27446 Modificación de la Ley N° 25.506 Firma Digital	Reconoce el empleo de la firma electrónica y digital y su eficacia jurídica en las condiciones que especifica.
2001	Resolución N° 223 Proyecto de reaprovechamiento integral de los recursos disponibles de Telemática Médica	Declaración de interés público al proyecto de reaprovechamiento integral de los recursos disponibles de Telemática Médica en el ámbito de Hospitales con diversas dependencias y distribución geográfica.

2005	Decreto N° 378/05 Plan Nacional Gobierno Electrónico y Planes Sectoriales	Se aprobaron los lineamientos estratégicos que rigen el Plan Nacional de Gobierno Electrónico y los Planes Sectoriales de Gobierno Electrónico de los organismos de la Administración Pública Nacional.
2005	Disposición N° 6/2005 Política de Seguridad de la Información Modelo	Comprenden mejores prácticas en materia de seguridad de la información para las entidades, públicas y adaptadas a la realidad y recursos de cada organismo.
2007	Resolución N° 883/2007 Sistema Nacional Unico de Información Sanitaria	Apruébase la creación del Sistema Nacional Unico de Información Sanitaria, con el objeto de fortalecer y hacer disponible la información sanitaria de los diferentes sistemas existentes en el sector salud.
2008	Ley N° 26.388 Modificación del Código Penal	Modificó el Código Penal y estableció la tipificación penal de los denominados delitos informáticos.
2009	Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.	Regula las relaciones civiles entre el paciente con los médicos y con las instituciones de la Salud, que se desarrollen en todo el territorio de la Nación Argentina.
2010	Decreto N° 1.552/2010 Plan Nacional de Telecomunicaciones "Argentina Conectada"	Que esta estrategia tiene entre sus objetivos contribuir a una mayor y mejor participación de la República Argentina en la sociedad de la información y el conocimiento, aumentando el acceso, uso y apropiación de las Tecnologías de la Información y Comunicación como factor de desarrollo social y favoreciendo la producción local de bienes y servicios vinculados a las nuevas tecnologías.
2011	Resolución JGM N° 580/2011 Programa Nacional de Infraestructuras Críticas de Información y Ciberseguridad (ICIC).	Objetivo la elaboración de un marco regulatorio específico que propicie la identificación y protección de las infraestructuras estratégicas y críticas de las entidades y jurisdicciones.
2014	Ley N° 27.078 Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	Declaró de interés público el desarrollo de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), las Telecomunicaciones, y sus recursos asociados, estableciendo y garantizando la completa neutralidad de las redes; con el objeto de posibilitar el acceso de la totalidad de los habitantes de la República Argentina a los servicios de la información y las comunicaciones en condiciones sociales y geográficas equitativas.
2015	Resolución N° 1638/2015 Unidad Coordinadora del Plan Nacional Cibersalud.	Responsable por planificar, administrar, proponer contrataciones, ejecutar y fiscalizar los objetivos y acciones para la implementación del citado Plan en el ámbito de este Ministerio.
2016	Decreto N° 434/16 Plan de Modernización	Se aprobó el Plan de Modernización del Estado, que tiene como ejes el Plan de Tecnología y Gobierno Digital, el Gobierno Abierto e Innovación Pública y la Estrategia País Digital, entre otros.

2016	Decreto N° 908/16 Estrategia Cobertura Universal de Salud (CUS)	Se aprueban las finalidades para la Estrategia Cobertura Universal de Salud (CUS), dentro de las cuales se encuentra la de modernización del Sector Público de Salud.
2018	Decreto N° 996/2018 Agenda Digital Argentina	Facilitar el desarrollo de la infraestructura y accesibilidad que conecte a todos de manera inteligente. Fomentar la alfabetización digital como motor para la inclusión.
2018	Resolución del MINISTERIO DE SALUD N° 1013/18 Estrategia de implementación Universal de Salud (CUS)	Apruébase el modelo de convenio Marco de adhesión a la Cobertura Universal de Salud. Lo cual entre los ejes estratégicos está el desarrollo de sistemas de información interoperables, historia clínica digital y aplicaciones informáticas.
2018	Resolución 2018-189-APN-SGS#MSYDS Estrategia Nacional de Salud Digital	Con el objetivo de sentar los lineamientos conceptuales que den lugar al diseño y desarrollo de la implementación de sistemas de información en salud.
2018	Resolución N° 1840/2018 Identificación unívoca de personas, estándares de interoperabilidad, requisitos de historia clínica electrónica, términos y glosario sobre interoperabilidad y estructura, y conjunto de datos mínimos	Se regularán las cuestiones relativas a identificación unívoca de personas, estándares de interoperabilidad, requisitos de historia clínica electrónica, términos y glosario sobre interoperabilidad y estructura, y conjunto de datos mínimos.
2018	Resolución N° 680/2018. Apruébase el documento Estándares.	Permitirá que los registros y programas nacionales cuenten con información completa, precisa y oportuna, al integrarse con los Sistemas de Información en Salud jurisdiccionales y de otros subsistemas.
2019	Disposición N° 1/2019 Primera Recomendación para el Uso de la Telemedicina	Objetivo presentar recomendaciones, acerca de cómo desarrollar una teleconsulta síncrona entre un profesional de la salud y un paciente, de manera segura, eficiente, ética y centrada en el paciente.
2019	Resolución N° 21/2019. Plan Nacional de Telesalud.	Objeto de contar con un sistema de información para monitorear la red y brindar la información necesaria para la planificación y gestión de la red nacional de Telesalud.
2019	Resolución N° 115/2019 Red Nacional de Interoperabilidad en Salud. Registro de Dominios de Interoperabilidad en Salud.	Objetivo de garantizar los derechos del paciente respecto del acceso a su información sanitaria, y a compartirla con los profesionales que lo atienden, para garantizar la mejor calidad de atención.
2020	Decreto de Necesidad y Urgencia N° 690/2020 Incorporase como artículo 15 de la Ley de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones N° 27.078	El gobierno nacional dispuso establece que los Servicios de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) y el acceso a las redes de telecomunicaciones para y entre licenciatarios y licenciatarias de servicios TICs son servicios públicos esenciales y estratégicos en competencia. La autoridad de aplicación garantizará su efectiva disponibilidad”.

2020	Resolución N° 282/2020 Recomendaciones Superintendencia de Servicios de Salud	Recomiéndase que, durante el plazo de vigencia de la medida de “aislamiento social, preventivo y obligatorio” los Agentes del Seguro de Salud y las Entidades de Medicina Prepaga deberán implementar y fomentar el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta, a fin de garantizar las prestaciones de demanda esencial.
2020	Ley N° 27553. Recetas electrónicas o digitales	Establecer que la prescripción y dispensación de medicamentos, y toda otra prescripción, puedan ser redactadas y firmadas a través de firmas manuscritas, electrónicas o digitales, en recetas electrónicas o digitales, en todo el territorio nacional.
2020	Resolución N° 696/2020 Prescripción de medicamentos en formato de mensaje de texto o mensajes a través de aplicaciones de mensajería vía web, mail o fax.	Que en el marco de la emergencia sanitaria, cabe autorizar modificaciones en la prescripción y dispensa de medicamentos psicotrópicos u otros para la atención de patologías crónicas y eventualmente agudas mientras dure la emergencia sanitaria.
2020	Resolución N° 1110/2020. Prescripción electrónica de medicamentos mediante el uso del Sistema de Receta Electrónica	Establece la prescripción electrónica de medicamentos mediante el uso del Sistema de Receta Electrónica, como condición suficiente para el acceso de las personas afiliadas a la dispensa de medicamentos en farmacia.
2020	Resolución Conjunta N° 6/2020 Certificado Digital de Hechos Vitales.	Habilítase la implementación del Certificado Digital de Hechos Vitales, como un documento electrónico destinado a certificar los hechos vitales de las personas.
2022	Resolución N° 581/2022 Buenas prácticas para la teleconsulta	Este documento se focaliza en la teleconsulta como elemento de la telemedicina, que por su importancia habilita iniciar un marco de buenas prácticas, y particularmente profundiza los aspectos vinculados a la modalidad de teleconsulta con el/la paciente (TCP), para poner a disposición de la comunidad toda una herramienta que facilite el acceso a los servicios de salud, en el marco de realidades tan actuales como necesarias.

Fuente: Elaboración propia, basado en el portal especializado en Legislación en Salud de la República Argentina (2007).

X. Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación en Argentina

Esta sección trata sobre el acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación en Argentina, en base a los datos presentados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos. El instituto realiza investigaciones que demuestran el índice de acceso a internet y el acceso a bienes y servicios de las TICs en condiciones de uso y su utilización tanto dentro como fuera del hogar.

Según INDEC (2022), los accesos a internet comprenden dos categorías: accesos fijos, que incluyen conexiones tradicionales a internet, tales como las conexiones por redes telefónicas, operadores de cable, redes de fibra óptica al hogar e inalámbricas fijas y móviles, que comprenden las conexiones mediante dispositivos portátiles y operadores de redes de celulares.

En la década de los 90 el Gobierno Nacional de Argentina ya reconocía que la internet representa un claro paradigma de las mejores promesas para la sociedad global, esto es, la existencia de un soporte ubicuo, flexible, abierto y transparente para el intercambio y difusión de ideas, información, datos y cultura, sin cortapisas ni censura de ninguna especie y que en todo el mundo las tecnologías de la informática y las comunicaciones estaban generando una nueva y profunda revolución basada en la información, que es en sí misma la expresión del conocimiento humano. Ante toda esta transformación digital, el artículo 1° del Decreto 554/97, establece de interés nacional el acceso de los habitantes de la República Argentina a la red mundial de internet, en condiciones sociales y geográficas equitativas, con tarifas razonables y con parámetros de calidad acordes a las modernas aplicaciones de la multimedia (Argentina, 1997).

Desde el lanzamiento de las primeras conexiones de banda ancha a finales de la década de los 90, Argentina se ha convertido en uno de los países

con la mayor tasa de penetración de internet en América Latina, con más de tres cuartas partes de su población con acceso a la red de redes.

En 2022, de acuerdo con el informe de INDEC, más de 90% de los hogares en el país tenía acceso a internet en Argentina. Tan solo en septiembre del mismo año, se registraron más de 44 millones de accesos a internet tanto fijos como móviles en Argentina. Según el Instituto, en el tercer trimestre de este mismo año, el país tuvo en promedio, 7.915.077 accesos a internet fijos. Esto significó un aumento de 1,5% respecto al tercer trimestre de 2021. Por otro lado, los accesos a internet móviles, en el trimestre bajo análisis, se contabilizaron en promedio 36.087.576 accesos, lo que implicó una suba del 8,9% respecto al mismo trimestre del año anterior (INDEC, 2022).

En septiembre de 2022, los accesos residenciales representan 95% del total de accesos fijos, y tuvieron un aumento de 2,1% respecto al mismo mes de 2021. Por su parte, los accesos fijos de organizaciones, que significaron 5% del total, se contrajeron 4,5% en septiembre de 2022 respecto a igual mes del año anterior (INDEC, 2022).

El último informe técnico emitido por el instituto demostró que en septiembre de 2022 los accesos residenciales aumentaron 7,5%. Las provincias que mostraron el mayor crecimiento interanual en cantidad de accesos residenciales fueron Misiones con 12,4% y Salta con 12,1%, mientras que Buenos Aires y CABA registraron 7,2% y Santa Fe registró 6,7% interanual (INDEC, 2022).

Según el informe de acceso a bienes y servicios de las TICs en condiciones de uso y su utilización tanto dentro como fuera del hogar. En mayo de 2022 fue publicado el informe correspondiente al cuarto trimestre de 2021. En este informe se registró que el 64,2% de los hogares urbanos tiene acceso a computadora y el 90,4%, a internet (INDEC, 2021).

Además, los datos muestran que, en la Argentina, 88 de cada 100 personas usan teléfono celular y 87 de cada 100 utilizan internet. Estos valores representan un leve incremento en relación con el año anterior. Cuanto al uso de la computadora solo 42 de cada 100 utilizan. En términos comparativos, respecto del mismo período al año anterior, a nivel país se registra un incremento en el uso de todas las tecnologías, un aumento en puntos porcentuales de 1,7 para internet, de 1,4 puntos para computadoras y de 0,2 para celulares (INDEC, 2021).

En el análisis regional, el instituto demostró que la región de patagonia, integrada por Comodoro Rivadavia-Rada Tilly, Neuquén-Plottier, Río Gallegos, Ushuaia-Río Grande, Rawson-Trelew y Viedma-Carmen de Patagones, registra el mayor acceso de los hogares a internet con 92% y supera por casi 5 puntos porcentuales a la media nacional. También se observa que esa región tiene la mayor incidencia de uso de computadoras 45,6% y celulares 92,0%, respecto de las demás regiones del país (INDEC, 2021).

Sin embargo, un dato que es importante destacar es que la región noroeste del país, integrada por Gran Catamarca; Gran Tucumán-Tafí Viejo; Jujuy-Palpalá; La Rioja; Salta y Santiago del Estero-La Banda, es la que registra menor incidencia en el uso de computadora, con apenas 36,8%, con una diferencia de más de 5 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional de 42,3% (INDEC, 2021).

En términos sociodemográficos, el acceso a la red en Argentina no es equitativo en todos los segmentos. Las diferencias resultan más notorias al analizar la edad y el nivel educativo. En el cuarto trimestre de 2021 más del 95% de las personas entre 18 y 29 años en Argentina contaban con acceso a internet, pero menos del 60% de los mayores de 65 años gozaban de este servicio. El nivel educativo también traza una división clara entre los usuarios de internet. Mientras que más del 95% de las personas con educación superior

o universitaria tenían acceso a la red en 2021, el porcentaje era inferior al 70% en la población con nivel primario completo o sin instrucción (INDEC, 2021).

De acuerdo con la cámara que reúne a las empresas proveedoras de Servicios de Acceso a Internet, Telefonía, Soluciones de Datacenter y Contenidos Online de Argentina (CABASE), en el país más de la mitad de las conexiones a nivel nacional se produce con tecnologías viejas, o sea, con cablemodem, mientras que con fibra óptica lo hace sólo entre el 3,5% (CABASE, 2019).

Según el Índice de Desarrollo de la Banda Ancha (IDBA) en América Latina y el Caribe del Banco Interamericano de Desarrollo, Argentina está entre los 10 países más desarrollados de la región. A su vez, el predominio de tecnologías de cablemodem y par de cobre para la conectividad demuestra que aún dependen de tecnologías más antiguas, lo que representa un obstáculo para la oferta de un servicio con mayores velocidades (García et al., 2021).

La transformación digital es fundamental para el desarrollo tecnológico en América Latina. Según la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT, 2021a) la conectividad a Internet se correlaciona positivamente con una mayor participación de la fuerza laboral, movilidad laboral, la creación de empleo y el crecimiento general del empleo. El acceso a Internet también fortalece la resiliencia económica y social al permitir el acceso a servicios públicos críticos, como educación y atención médica, así como oportunidades de capacitación y trabajo remoto.

Sin embargo, las nuevas necesidades y problemas que se presentan durante el avance de la primera pandemia global de coronavirus (Covid-19) y las excepcionales medidas de aislamiento de la población adoptadas en un tercio de los países del mundo hicieron resurgir los debates públicos sobre los derechos digitales (Califano, 2022).

A medida que la Covid-19 impulsó el aumento de la demanda del uso de internet, los gobiernos hicieron grandes esfuerzos para aumentar y facilitar el acceso a Internet. La educación a distancia, el teletrabajo, el comercio electrónico, la telesalud y diversas formas de entretenimiento e interacción social en línea pasaron a ser consideradas como una nueva normalidad para ciertos sectores sociales que contaban con servicios de TICs de calidad. Sin embargo, una parte importante de la población carecía de acceso a internet o dispositivos tecnológicos, y/o disponía de formas de conectividad limitadas, que le impidieron realizar estas actividades (Bizberge y Segura, 2020).

De acuerdo con Alcoba (2021) en las zonas rurales el acceso a las tecnologías sigue siendo deficiente en términos generales, ya sea porque el servicio y/o equipamiento no existe o es insuficiente, o por desconocimiento en el manejo adecuado de la tecnología. El aislamiento y la desigualdad en el acceso a bienes y servicios que generalmente prevalece en las zonas rurales del país, se extiende al servicio de conexión a Internet y al uso y acceso a las TIC. A pesar de ser un tema de política pública en la mayoría de los países de América Latina, y aunque el acceso a dispositivos tecnológicos ayuda a reducir las desigualdades sociales y brinda oportunidades de crecimiento y bienestar social, persisten brechas importantes para las poblaciones rurales.

Las políticas estatales desarrolladas en Argentina en asociación con los prestadores privados para garantizar el derecho al acceso a la conectividad y a los contenidos de salud, educación y entretenimiento disponibles on line, son el primer paso para mitigar las brechas persistentes y significativas en infraestructura digital existentes en los países de América Latina, según los autores Bizberge y Segura (2020) cerrar estas brechas digitales es crucial para alcanzar una transformación digital inclusiva.

XI. La implementación de la telemedicina y sus desafíos

Se ha trabajado mucho a lo largo de los años para facilitar y promover el uso de herramientas digitales de salud, sin embargo, la implementación y adopción de estas herramientas ha sido lenta y, a menudo, los beneficios no se materializan y el potencial no se optimiza por completo (Fahy et al., 2022).

El uso de las tecnologías de información, la digitalización o cualquier tipo de innovación en salud está asociado con el cambio de prácticas para obtener diversos resultados esperados en términos de calidad de atención y/o eficiencias en la organización (Finch et al., 2013).

De esta manera, la implementación de la telemedicina tiene varias consecuencias para las organizaciones y los servicios de salud, entre ellas, la reestructuración organizacional, nuevos procesos y nuevas formas de trabajar, cambios en el lugar de trabajo, efectos en los empleados que trabajan directamente con la telesalud, pero también en aquellos que no lo hacen también están directamente involucrados en esta práctica.

Las organizaciones de salud se caracterizan por relaciones complejas entre los usuarios, los profesionales, el sistema de salud y la tecnología de salud digital y, además de ser complejas las innovaciones en salud, es difícil cambiar la práctica (Finch et al., 2018).

Por lo tanto, implementar tecnología de salud digital puede ser complicado y llevar mucho tiempo. En promedio, los hospitales tardan 23 meses desde que identifican la necesidad de innovación digital hasta que obtienen la solución digital que cubre sus necesidades (American Medical Association, 2020).

Independientemente del tiempo que les tome a las organizaciones y a sus individuos implementar la telemedicina de manera efectiva y eficiente,

parece haber factores importantes en múltiples campos que son denominadores comunes para una implementación exitosa.

Finch et al. (2018) advierten sobre la importancia de comprender los procesos de implementación para garantizar que las intervenciones complejas se incorporen a la práctica y maximicen los beneficios previstos en la atención de la salud de los usuarios. Los mismos autores agregan que los resultados clínicos de las intervenciones en salud están asociados a los resultados de una implementación exitosa.

Según Rangachari et al. (2021), la literatura reconoce la importancia de la complejidad en la implementación exitosa y el uso sostenible de la telemedicina en los servicios y existen varios estudios publicados que abordan las barreras y facilitadores que influyen en la adopción y uso de esta herramienta.

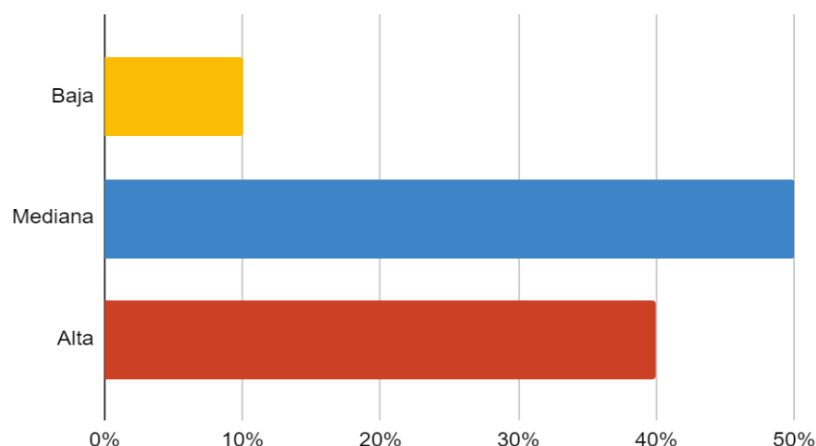
Las barreras y los facilitadores son, según Müller et al. (2021), procesos dinámicos y correlacionados que ejercen diferentes grados de influencia a lo largo del tiempo. Estudiarlos es un enfoque comúnmente utilizado e importante para comprender cómo se adopta la práctica innovadora en la prestación de atención, pero carecen de un marco teórico sólido, ya que se supone que el uso de la telemedicina puede fomentarse mediante la reducción de las barreras y la promoción de facilitadores.

XII. Resultados

En esta investigación participaron 10 profesionales médicos que trabajan en instituciones de salud del sector público en la provincia de Santa Fe en Argentina y utilizan la telemedicina como herramienta de atención.

En relación al uso de la telemedicina en el momento en que se llevó a cabo la investigación, es decir, durante la pandemia causada por Covid-19, 50% de los participantes declararon que se usaba de una manera mediana la plataforma, 40% respondieron que tenía un alto uso en su institución y 10% respondió que la utilización de esta plataforma era baja. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Uso de la telemedicina en el momento de la investigación.

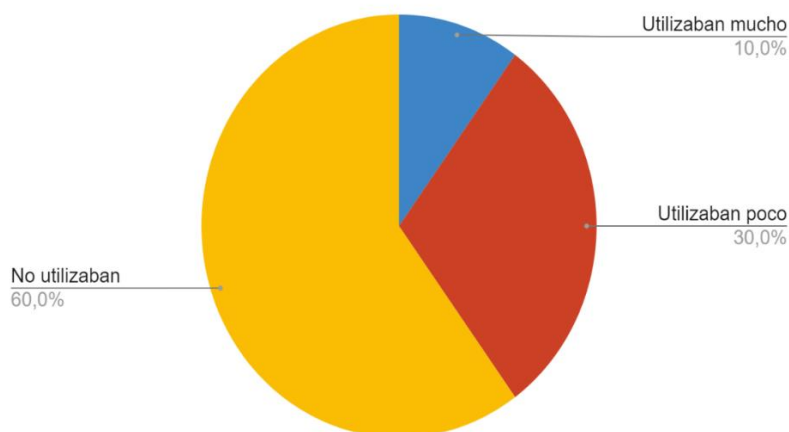


Ante la pregunta de si usaban la telemedicina antes del inicio de la pandemia del Covid-19, 60% de los participantes manifestaron que no la usaban, el 30% respondieron que la usaban poco y el 10% respondieron que la usaban mucho (Gráfico 2).

Con relación a la designación de un profesional específico y calificado para coordinar el área de telemedicina en la institución de salud, el 80% de los entrevistados declararon que su institución no nombró a un empleado específico, El 10% respondió que un profesional que ya trabajaba en la

institución tuvo que asumir este rol y el 10% respondió que sí, se designó a un profesional para que se encargara de la gestión de la telemedicina.

Gráfico 2. Uso da telemedicina antes de la pandemia Covid-19.



Al preguntarles si la institución realizó alguna capacitación con los profesionales para que aprendieran a utilizar el sistema de telemedicina, del total de participantes, 70% respondió que no se realizó ninguna capacitación, 20% que se realizó con todos los empleados y 10% respondió que se realizó capacitación únicamente con profesionales específicos de la institución (Gráfico 3).

En cuanto a la perspectiva de los participantes sobre las dificultades que tuvieron en el uso de la telemedicina, 60% de los participantes manifestaron que tenían algún tipo de dificultad y el 40% de los participantes respondieron que no poseían ningún tipo de dificultad (Gráfico 4).

Con relación a la disponibilidad de los insumos que permitan generar información oportuna y completa en las instituciones, el 50% de los participantes respondieron que solamente en algunas ocasiones tienen acceso a los insumos con la calidad y disposición necesaria para poder utilizar la telemedicina como herramienta de gestión, mientras que el 40% de los participantes respondieron que generalmente no cuentan con esta

disponibilidad de insumos y 10% contestó que siempre tiene la disponibilidad de los insumos (Gráfico 5).

Gráfico 3. Capacitación en el uso de la telemedicina con los profesionales.

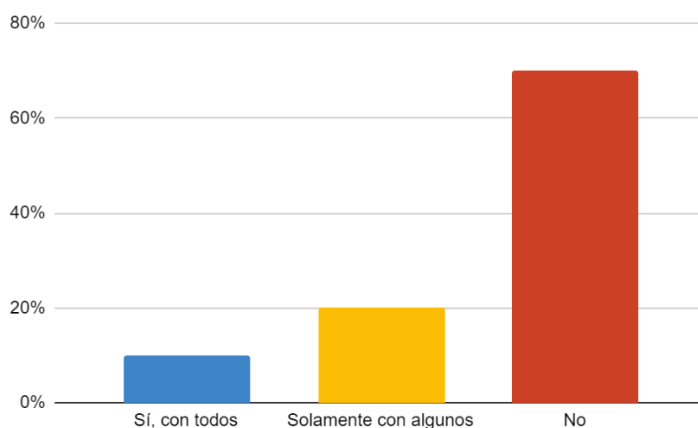
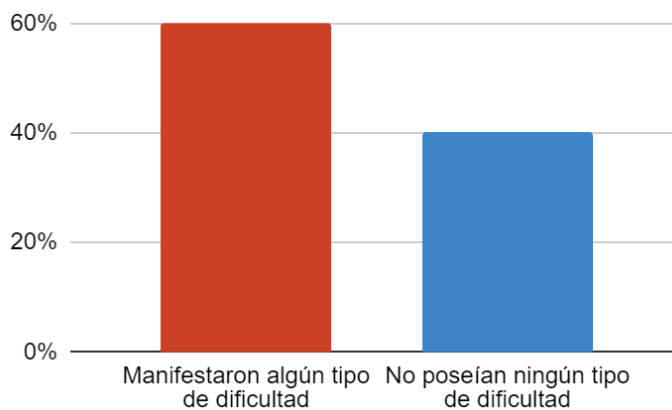
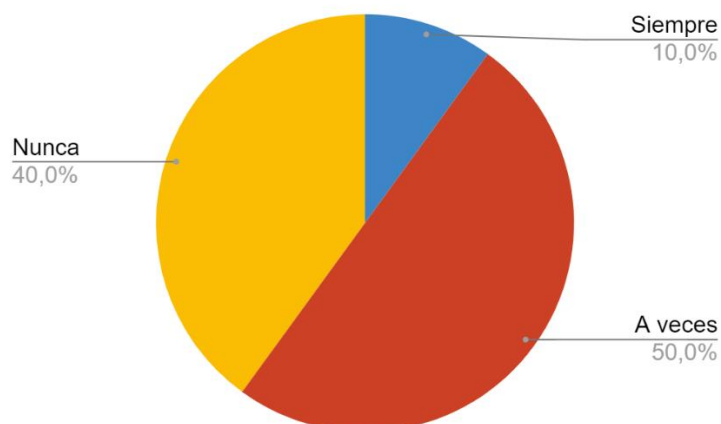


Gráfico 4. Perspectiva de los participantes sobre sus dificultades en el uso de la telemedicina.



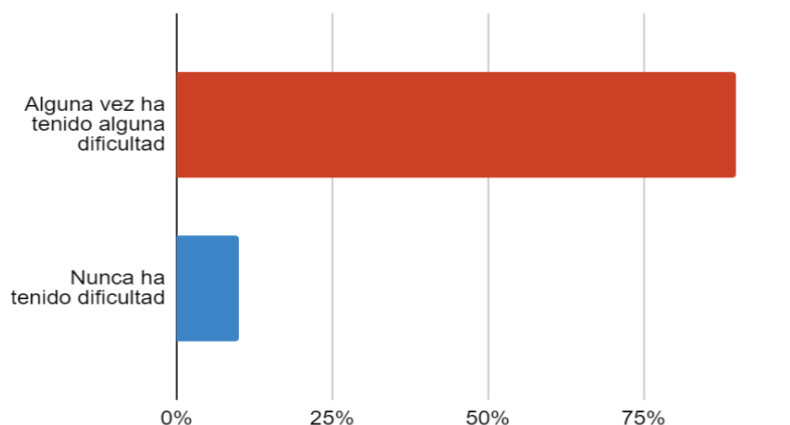
Con respecto a la calidad de conexión y dificultad que tienen los usuarios a la hora de participar en la teleconsulta vía vídeo, 10% del total de participantes respondieron que los usuarios nunca han tenido problema con su conexión a internet, lo que facilita la atención a través de la telemedicina, sin embargo, 90% de los participantes respondieron que en algún momento sus usuarios tuvieron problemas para acceder a internet mientras participaban en la videoteleconsulta (Gráfico 6).

Gráfico 5. Disponibilidad de los insumos para el uso de las TIC.



En cuanto al análisis de la seguridad de la información por el uso de programas de telemedicina, según la perspectiva de los participantes, 60% de los participantes respondieron que creían que los programas que utilizaban salvaguardaban los datos y componentes del sistema de información de posibles contingencias y el 40% respondieron que no sabían, ya que nunca fueron informados sobre estos temas en la institución. Aún sobre la seguridad de de datos, el 70% de los participantes respondieron que existe un mecanismo para permitir diferentes tipos de información según el tipo de usuario y el 30% respondieron que no existe ningún mecanismo que funcione como barrera para acceder a la información de los pacientes.

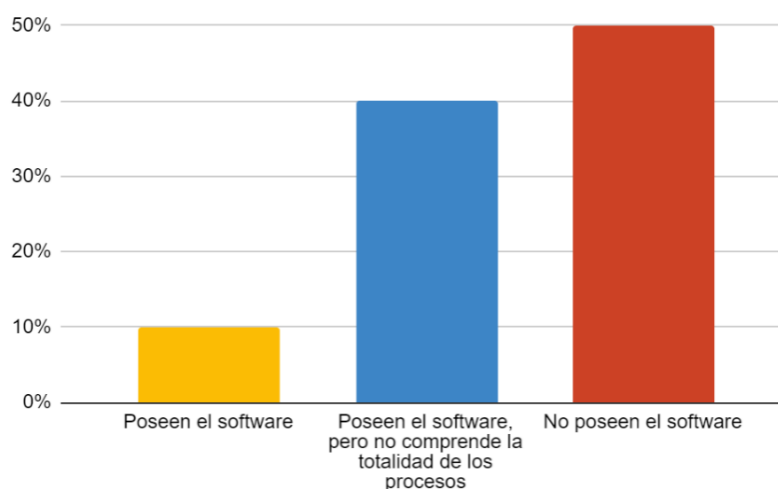
Gráfico 6. Calidad de conexión y dificultad que tienen los usuarios a la hora de participar en la teleconsulta vía vídeo.



Con respecto a la disponibilidad por parte de la institución de un software completo e integral, que comprenda la totalidad de los procesos aptos para el uso de la telemedicina, el 50% de los participantes manifestaron que no cuentan con ningún software, el 40% declaran que cuentan con algún software, pero no cubre la totalidad de los objetivos planificados y el 10% manifestó que cuentan con un software amplio e integral, que comprende la totalidad de los procesos (Gráfico 7).

En respuesta al grado de satisfacción que muestran los profesionales en el uso de la telemedicina y al considerarla parte de su trabajo, teniendo como opciones de respuesta muy satisfecho, satisfecho, neutral, insatisfecho y muy insatisfecho, el 80% respondieron que están muy satisfechos y el 20% que están satisfechos (Gráfico 8).

Gráfico 7. Disponibilidad de software para el uso de la telemedicina.

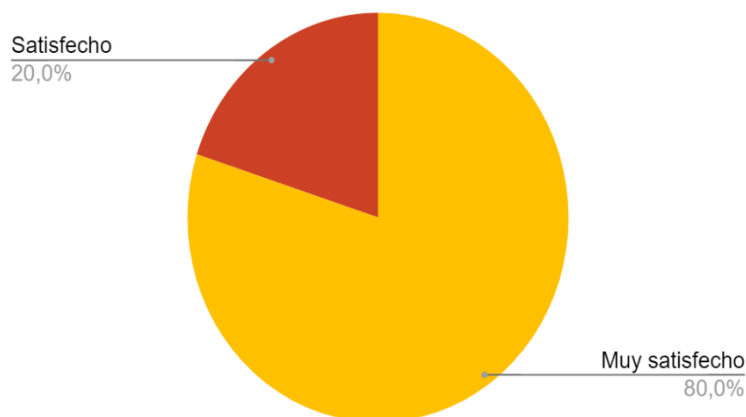


El análisis de contenido de las entrevistas también permite destacar, según la perspectiva de los profesionales, los siguientes aspectos sobre el uso y sobre el proceso de implementación de la telemedicina y transcribir algunos planteamientos de los participantes en el estudio:

Participante 1: "...Cuando comenzó la pandemia con sus restricciones, la institución preparó oficinas con acceso a internet y línea telefónica, además

dejo disponible un sistema telefónico al que los pacientes tienen acceso directo para solicitar recetas y consultas... sin embargo, a menudo la falta de apoyo técnico es un problema en el uso de la telemedicina...”

Gráfico 8. Grado de satisfacción que presentaron los profesionales en el uso de la telemedicina y al considerarla parte de su trabajo.



El análisis de contenido de las entrevistas también permite destacar, según la perspectiva de los profesionales, los siguientes aspectos sobre el uso y sobre el proceso de implementación de la telemedicina y transcribir algunos planteamientos de los participantes en el estudio:

Participante 1: “...Cuando comenzó la pandemia con sus restricciones, la institución preparó oficinas con acceso a internet y línea telefónica, además dejo disponible un sistema telefónico al que los pacientes tienen acceso directo para solicitar recetas y consultas... sin embargo, a menudo la falta de apoyo técnico es un problema en el uso de la telemedicina...”

Participante 2: “...No fue un proceso institucionalizado, empezó con el uso de tecnologías como whatsapp a través del equipo de atención, evolucionando al uso de videollamadas para consultas portuarias solo para pacientes que dieron positivo a Covid, no tuvimos inversión en tecnología...creo que esto se debe a los altos costos de implementar un sistema de telemedicina...”

Participante 3: "...Se implementó la telemedicina solo para el telemonitoreo de pacientes con Covid-19... sin foco en el desarrollo del uso de la telemedicina para otras situaciones... Pero un lado positivo del uso de la telemedicina fue la mejora en la comunicación con profesionales de otros servicios de salud, especialmente el contacto con especialistas..."

Participante 4: "...Ya usábamos la telemedicina en algunos casos puntuales, pero no muy recurrentes y de baja escala, no estábamos preparados para atender una demanda alta...La falta de apoyo y soporte técnico comprometió en gran medida las teleconsultas, a menudo no tenemos a nadie a quien pedir ayuda...incluso con todos los puntos negativos, el uso de la telemedicina es esencial ante de nuestra situación sanitaria..."

Participante 5: "...El esfuerzo de los responsables de los programas de telemedicina fue incansable, hubo un gran trabajo en equipo. Hasta el inicio de la pandemia realizábamos pocas consultas vía telemedicina, pero con el nuevo contexto sanitario, el gobierno se vio obligado a reinventarse e invertir en tecnología. El seguimiento a distancia de los pacientes positivos se realizó en su totalidad de forma telemática, ya sea a través de llamadas telefónicas o videollamadas..."

Participante 6:"...El uso de la telemedicina fue esencial, pero sabemos que la falta de interacción con el paciente es perjudicial en algunos casos, especialmente en pacientes que necesitan ser evaluados en persona... También la falta de conocimiento para manejar la tecnología y el rechazo de los pacientes por esta nueva modalidad fueron factores que perjudicaron enormemente nuestro trabajo..."

Participante 7:"...La institución implementó la telemedicina debido a la pandemia de Covid-19, antes de este contexto no usábamos esta tecnología. Muchos profesionales, principalmente los recién graduados, no estaban adaptados al uso de la telemedicina..."

Participante 8: "... La telemedicina fue fundamental en el proceso de atención a los pacientes, en mejorar el contacto con especialistas que viven en otras localidades, además de ayudar a reducir los contagios y las filas de espera... Esperamos que después del contexto de pandemia, la telemedicina pueda ser establecida y aceptada por la población"

Participante 9: "...La gran amenaza para el uso de la telemedicina es la falta de leyes, nosotros los profesionales médicos esperamos que después de esta pandemia todo este tema pueda ser regulado de la mejor manera..."

Participante 10: "...Como médica, entiendo que el uso de la telemedicina aporta muchos beneficios a los sistemas de salud, especialmente en el contexto que estamos viviendo... Además existe la posibilidad de un mayor desarrollo tecnológico en el país..."

12.1 Matriz FODA

A partir del análisis de las entrevistas, se identificaron los aspectos facilitadores y los factores que se interpretan como barreras experimentadas por los profesionales que participaron de la investigación. Estos factores fueron consideradas pertenecientes a los ambientes interno o externo. Después de identificar y separar estos factores se construyó una matriz FODA adaptada a perspectiva de los participantes, con el propósito de demostrar didácticamente estos aspectos, dividiéndolos en: Oportunidades, amenazas, fuerzas y debilidades, como se ilustra en la Figura 4.

El análisis FODA se refiere al análisis y evaluación de fortalezas (F), debilidades (D), oportunidades (O), amenazas (A) y otros factores que influyen en un tema específico, demostrando ser una herramienta importante para hacer análisis de escenarios, identificando las barreras y factores facilitadores (WANG; WANG, 2020).

Figura 4 – Matriz FODA a partir del análisis de contenido de las entrevistas.

FACTORES INTERNOS		FACTORES EXTERNOS	
DEBILIDADES (-)		AMENAZAS (-)	
1	Falta de interacción con los pacientes	1	Dificultad en el manejo de los recursos tecnológicos
2	Limitaciones en la infraestructura tecnológica	2	Falta de reglamentaciones y leyes
3	Dificultad técnica y falta de apoyo	3	Dificultad en el proceso de implantación
4	Falta de capacitación con los profesionales	4	Altos costos
5	Deficiencia en la seguridad de los datos	5	Resistencia al cambio
FORTALEZAS (+)		OPORTUNIDADES (+)	
1	Menor riesgo de contaminación	1	Desarrollo tecnológico en el país
2	Fortalecer el vínculo entre profesionales	2	Optimización de los servicios de salud
3	Mejoras en la comunicación entre profesionales de diferentes centros de salud	3	Acortar los plazos de las listas de espera

Fuente: Elaboración propia a partir de las encuestas realizadas.

En cuanto al ambiente interno, todos los aspectos identificados por los profesionales como favorables a la telemedicina fueron considerados fortalezas, y todas las barreras que dificultaron una atención eficiente y de calidad fueron considerados debilidades. En cuanto al entorno externo, se considerarán oportunidades los aspectos que contribuyen y favorecen la telemedicina, y amenazan todos los aspectos que puedan llamar la atención, impactando directamente en la telemedicina y sus respectivos resultados.

XIII. Discusión

La implementación de la telemedicina, ante los impactos provocados por la pandemia, fue fundamental para el proceso de atención en salud, ya que el distanciamiento físico fue estratégico para reducir el número de contagios. Se considera que la pandemia por Covid-19 fue extremadamente desafiante, inesperada y causó un fuerte impacto en la vida cotidiana de la población mundial, fue necesario repensar la prestación de atención a los usuarios de los servicios de salud, sobre la base de decisiones rápidas, basadas en la mejor evidencia científica disponible. En este sentido, las categorías de atención a la salud necesitaban desarrollar estrategias y alternativas para la mejor atención y seguimiento de los pacientes durante este período.

El uso de la telemedicina avanzó rápidamente debido al contexto sanitario impuesto por la pandemia, en el período más crítico del aislamiento, la telemedicina permitió realizar millones de consultas, diagnósticos y seguimientos. Y más, por la necesidad que impone la pandemia, se ha vuelto fundamental para la seguridad de médicos y pacientes porque, además de garantizar la atención necesaria, preservó la distancia social, reduciendo los riesgos de propagar la enfermedad con los desplazamientos innecesarios y espera en las unidades, centros de salud y hospitales, además de evitar aglomeraciones y contacto con profesionales (Hollander y Carr, 2020).

Una vez que observamos los resultados, es posible notar que, de acuerdo con la mayoría de las respuestas, la telemedicina se utilizó principalmente para realizar la atención y seguimiento de pacientes con Covid-19, dejando muchas veces de lado el uso potencial de la tecnología en salud para otros temas.

En este sentido, Castillejo (2013) señala que la telemedicina es útil en diferentes situaciones, tanto en eventos críticos como en situaciones de rutina, tanto en atención primaria como en hospitales, en la docencia asistencial y en servicio, en zonas remotas y rurales con escasez de profesionales y servicios

sin la presencia de determinados médicos especialistas, o incluso en la gestión compartida de servicios y en la gestión de problemas de salud complejos que requieren un equipo multidisciplinar.

Con base en el análisis de las entrevistas y la construcción de la Matriz FODA, es posible visualizar estructuras latentes que normalmente serían difíciles de considerar. En resumen, los resultados demostraron la existencia de barreras y facilitadores, pertenecientes a los ambientes internos y externos, que influyen en el uso y calidad de la telemedicina en la rutina de los profesionales.

Se encontraron como potencialidades internas que influyeron en las modalidades de asistencia prestadas al usuario, se pueden destacar: menor riesgo de contaminación; mejoras en la comunicación entre profesionales de diferentes centros de salud y fortalecimiento del vínculo entre los profesionales involucrados en los procesos de trabajo durante la pandemia.

El uso de las TICs, en el contexto pandémico, también ha mostrado claras ventajas en la reducción del riesgo de exposición de pacientes vulnerables y la protección del personal de salud, sin embargo, la implementación de una nueva tecnología o servicio depende de varios factores y plantea desafíos relacionados con la necesidad de cambios organizacionales en los servicios de salud públicos y privados (Scheffer et al., 2022).

Según los participantes del estudio, el uso de la telemedicina también ayudó a mejorar la comunicación entre los profesionales de los diferentes centros de salud, especialmente en los casos que necesitaban contactar a un especialista. Para Hjelm (2005), además de lo anterior, se identifican otras ventajas del uso de la telemedicina, enfocadas al equipo de salud que la utiliza. Estos incluyen, además de una mejor comunicación entre los profesionales de la salud, un mejor acceso a la información y, por lo tanto, una

mayor disponibilidad de información médica para la población en general y los pacientes en particular.

Conforme los factores facilitadores del entorno externo, fue posible destacar las siguientes oportunidades: La posibilidad de un mayor desarrollo tecnológico para el país; la posibilidad de acortar los plazos de las listas de espera y la optimización de los servicios de salud.

De acuerdo con el Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina, desarrollado por OPS (2016), la implementación de las TICs a nivel de la atención socio asistencial nos brinda la posibilidad de mejorar la atención integral y seguimiento no solo de los pacientes crónicos, sino también de las enfermedades con baja prevalencia, y facilita además su educación en medicina preventiva y salud pública, o que genera enormes expectativas como un medio de contención de costes y mejora de la calidad asistencial, ya que facilitan el acceso y la disponibilidad de servicios asistenciales en zonas que serían difíciles de obtener de otra manera.

Estos beneficios favorecen que las organizaciones sanitarias se organicen en red, de acuerdo con Torrent (2009), hay tres razones que generan este cambio: Primero es que el uso de la telemedicina estimula el dinamismo innovador al reducir parcialmente sus obstáculos y al hacer más eficientes las interacciones entre los agentes implicados en el proceso de innovación, tanto internos como externos a la organización; Segundo porque modifica la naturaleza de las innovaciones y permite desarrollar procesos más sofisticados e interdependientes y tercero porque la complejidad de los procesos de innovación inducida por la telemedicina hace que su uso pueda ser considerado una ventaja en caso de que esta tecnología se utilice de manera integrada con los recursos y las capacidades de las que dispone la organización. Todo este conjunto de determinantes explica que la utilización de la telemedicina afecta positivamente al comportamiento de los procesos de innovación en las organizaciones sanitarias.

El uso adecuado de la telemedicina también permite optimizar los recursos sanitarios y mejorar la calidad asistencial, teniendo en cuenta que la optimización en la práctica clínica, solamente puede traer consigo consecuencias positivas, como un aumento en la rentabilidad, en la productividad y en la satisfacción de los pacientes.

De esta manera, la telemedicina facilita la equidad en el acceso a los servicios asistenciales independientemente de la localización geográfica; reduce los tiempos de espera (tanto en la realización del diagnóstico como en el tratamiento), evitando problemas derivados mayores; posibilita el realizar consultas remotas desde atención primaria al hospital de referencia, reduciendo el número de derivaciones; e incide en términos de formación y competencia tanto a nivel de atención primaria como hospitalario (OPS, 2016).

En los factores que dificultan el proceso de uso de la telemedicina en el entorno interno de la Matriz FODA, se encuentran las barreras identificadas desde la perspectiva de los participantes, entre ellas podemos destacar: la falta de infraestructura técnica (hardware, software y ancho de banda adecuada); la falta de interacción con el paciente; falta de capacitación de los profesionales; dificultad técnica y falta de apoyo y la deficiencia en la seguridad de los datos.

La falta de contacto cara a cara con el paciente representa una de las mayores barreras en la aceptación de la telemedicina por parte de los profesionales, de acuerdo con la literatura esto pasa debido a la dificultad para realizar el examen físico en su totalidad, lo que dificulta la recolección de datos objetivos importantes para el diagnóstico (Fatehi et al., 2014; Jiménez-Rodríguez et al., 2020). En este sentido, esto explica por qué la teleconsulta es más efectiva cuando ya existe un seguimiento previo del paciente (Ekeland et al., 2010).

La falta de infraestructura adecuada y las dificultades técnicas que pueden surgir durante el servicio, como la mala calidad de internet en una

videollamada o la falta de apoyo por parte de la institución causan dificultades que influyen negativamente en la aceptación y conveniencia del uso de la telemedicina (Almathami et al., 2020).

El uso de la telemedicina depende, a gran escala, de la disponibilidad económica para el acceso a las tecnologías, en este sentido al aplicar la telemedicina en cualquier escenario se recomienda que la implementación esté preparada y estructurada para que sea exitosa (Pinto et al, 2021).

Otra barrera importante es la falta de capacitación para los profesionales que gestionan las TICs. Según el autor Albarrak et al. (2021), la falta de conocimientos, habilidades y capacitación entre los usuarios se encuentran entre los factores que contribuyen a la falta de experiencia y constituyen una barrera importante para la implementación de la telemedicina. Además, el conocimiento y la comprensión del uso de las tecnologías para la prestación de atención son un requisito esencial para la implementación y el desarrollo exitosos de este nuevo enfoque (Albarrak et al 2021; Wernhart et al, 2019; Zayapragassarazan y Kumar, 2016).

En este sentido, es necesario crear estrategias para formar profesionales desde su formación básica, pero también para aquellos que han tenido a lo largo de su vida y su experiencia profesional poco contacto con los soportes tecnológicos. Así como reforan Kissi et al. (2020) y Waschkau et al. (2020) para facilitar el uso de la tecnología, se deben organizar programas de capacitación, congresos y apoyo para ayudar a los profesionales a adquirir las habilidades necesarias y compartir sus experiencias con sus pares.

La falta en la seguridad de los datos, es decir, la falta de confianza en que se preservará la confidencialidad médico-paciente también representa una barrera importante. De hecho, según Brown (2001), el riesgo que existe esta relacionado al uso de redes de conexión que a menudo son públicas o tienen antivirus obsoletos. A raíz de un estudio realizado por Green et al. (2015), para los pacientes, la falta de privacidad en las consultas fue el

problema más destacado y se identificó como una desventaja del uso de la telemedicina.

Las cuestiones éticas, de seguridad y privacidad de los datos y las políticas de transparencia con respecto al procesamiento y uso de la información clínica fueron evidenciadas como cuestiones preocupantes en estudios realizados en Alemania, Austria, los Países Bajos, Brasil y los Estados Unidos de América (Luciano et al., 2020; van Velsen et al., 2016; Waschkau et al., 2020; Wernhart et al., 2019).

En las barreras identificadas en el entorno externo del estudio se destacan: La dificultad en la gestión del recurso tecnológico; resistencia al cambio; la falta de regulaciones; los altos costos y la dificultad para implementar la telemedicina.

Se reconoce que la telemedicina es inherentemente dependiente de la tecnología, se debe considerar, además de la infraestructura necesaria para las TICs, los aspectos relacionados a la inclusión digital, que involucra tanto el acceso del paciente a la tecnología como las problemáticas sociales que permean a este individual y que se relacionan directamente con la dificultad en el manejo de los recursos tecnológicos.

El primer punto a tener en cuenta es a la hora de acceder a la conectividad, en este sentido Argentina se ubica por encima de los indicadores promedio de América Latina y el Caribe, sin embargo, cabe señalar, según Baladron et al. (2021), que existen importantes desigualdades en el acceso, uso y apropiación de los servicios audiovisuales y TICs entre personas que habitan un mismo territorio, reforzando otras desigualdades vinculadas al nivel socioeconómico o al lugar de residencia.

Al observar los indicadores nacionales emergen importantes diferencias en la distribución geográfica de los accesos y velocidades a servicios TIC. Los datos, según el Servicios Ente Nacional de Comunicaciones

(ENACOM) sobre acceso a internet fija en la Argentina durante el tercer trimestre de 2020 presentan una tasa de penetración media nacional de 66,31 accesos cada 100 hogares. Al considerar este indicador según las 24 jurisdicciones del país (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), encontramos que 16 provincias se ubican por debajo de la media nacional, de las cuales 4 cuentan con menos de 40 accesos cada 100 hogares.

En cuanto a las barreras culturales y sociales relacionadas con la resistencia por parte de los pacientes, la literatura revela que algunos pacientes son resistentes a la adopción de la telemedicina simplemente porque consiste en un enfoque diferente del enfoque tradicional al que están acostumbrados (OMS, 2010). Según Almathami et al. (2020), la resistencia a la consulta en línea a menudo proviene de la falta de conocimiento de los pacientes, la falta de familiaridad con la tecnología y la resistencia al cambio a nuevos enfoques. Otro factor social crítico está relacionado con la adaptación de la población, especialmente los ancianos. Esta población tiende a presentar mayor dificultad en el uso de los recursos tecnológicos, porque no son tan familiares, y se necesita un acompañante durante la consulta (Dorsey y Topol, 2020).

Se admite que el modelo tradicional de atención de la salud en el mundo se caracteriza por la prestación de servicios, en los que se realiza el acto médico manera presencial. Este es el paradigma aceptado por todos los grupos de interés o partes interesadas en el sistema de salud. La telemedicina es una modalidad que cambia este paradigma, por lo que es fundamental entender que desarrollar la telemedicina implica un proceso de cambio mental para todos los actores (Mair et al., 2012).

Maldonado et al. (2016) señala que la sustitución del contacto presencial por el contacto virtual es un desafío adicional con respecto a la visión tradicional del ejercicio de la medicina y las expectativas sobre los servicios de salud, tanto para los profesionales como para los usuarios. En este sentido, para superar las barreras culturales, institucionales y

profesionales, conocer los factores críticos de éxito de la telemedicina es un paso importante en el proceso de consolidación de esta nueva práctica médica.

Según Mair et al. (2012), las cuestiones sociales también deben ser consideradas en el proceso de implementación de la telemedicina. Además de las percepciones de los profesionales de la salud, las estructuras organizacionales y culturales que inciden en la salud, las cuestiones legales, las dificultades técnicas, el tiempo, la conveniencia, el costo, la capacitación y la familiaridad con los equipos son elementos facilitadores para la adopción de telemedicina.

En este sentido, es preocupante la falta de una ley de Salud Digital, ya que ninguna de las normas generadas durante la emergencia sanitaria en Argentina aborda el tema fundamental del código técnico de las tecnologías digitales, muchas leyes y reglamentos presentan contradicciones entre sí, lo que conlleva debate sobre la legalidad en ciertas cuestiones sin llegar a una conclusión. De ahí la necesidad de contar con una macro Ley de Salud Digital que pueda establecer y regular los estándares, protocolos, derechos y responsabilidades del ecosistema (Gendler et al., 2021).

Los avances tecnológicos han cambiado la forma de considerar los servicios de salud en nuestra sociedad. Muchas veces por la falta de profesionales con los conocimientos y experiencia necesarios para implementar proyectos de salud virtual, pero también porque la implementación de una infraestructura de telemedicina tiene costos elevados y, además de la inversión inicial, requiere un modelo sustentable para que los sistemas puedan sobrevivir y modernizarse.

Katz et al. (2020) señalan que los altos costos que implica implementar la telemedicina con equipos, recursos humanos, conectividad, interoperabilidad y cambios en la organización del trabajo, dificulta la

incorporación de estas tecnologías a gran escala, especialmente en las regiones menos desarrolladas.

La telemedicina no es solo una herramienta tecnológica que las instituciones de salud tienen a su alcance para imponer a sus profesionales y clientes. Requiere pasos de implementación perfectamente definidos que deben ocurrir de abajo hacia arriba en las jerarquías institucionales. La adaptación a la telemedicina se puede lograr sin esfuerzo cuando ya existe una cultura de innovación y estrategias organizacionales flexibles orientadas a la evolución tecnológica (Khodadad-Saryazdi, 2021). Cáceres (2011), refuerza que una de las desventajas que presenta la implementación de la telemedicina es que requiere de una estructura organizacional, medidas de política, legislación y otras burocracias, situaciones que son difíciles en muchos países.

Unido a la resistencia y una posible alta inversión inicial para implementar la tecnología, la calidad del servicio a través de la telemedicina puede ser cuestionable. Hay personas que muestran una fuerte adherencia al servicio, pero otras no. Por lo tanto, no podemos generalizar a todos los diferentes contextos y necesidades que podemos encontrar. Ante el hecho presentado, un servicio de Telemedicina necesita ser bien planificado y ejecutado, considerando los escenarios y obstáculos que podrían interrumpir el servicio, alejándose del objetivo final, que es brindar servicios de salud de manera efectiva y segura (Katz et al., 2020).

Vanderwerf (2020), en su artículo “10 critical steps for a successful telemedicine program”, destaca que los programas de telemedicina exitosos deben presentar a las partes interesadas una visión clara del programa, identificando los objetivos, beneficios y motivaciones que se pretende lograr con la implementación del proyecto.

Brice y Almond (2020) afirman que la gestión ineficiente del cambio es una preocupación para las personas, los profesionales de la salud y la

organización. La falta de liderazgo y orientación durante el proceso de implementación, así como la falta de manejo de expectativas y clarificación de roles y responsabilidades, son factores identificados por Fredriksen et al. (2021) que conducen a problemas de implementación. Glomsås et al. (2020) añaden que la participación limitada refleja la preocupación de los participantes por cambiar sus prácticas.

En este estudio, los participantes identifican una falta de apoyo de la institución, esta falta de apoyo es visible tanto por la falta de un líder responsable en la gestión de la telemedicina, como por la falta de formación de los profesionales. Sin embargo, los participantes entienden los beneficios asociados a la telemedicina, se sienten motivados a utilizarla y la consideran parte de su trabajo. Siguiendo la línea de pensamiento de Fredriksen et al. (2021), es importante brindar orientación/gestión de apoyo durante el proceso de implementación y establecer una estructura de colaboración que facilite la coordinación. Es importante reforzar la necesidad de la presencia de personas clave que lideren la implementación, que promuevan el uso de la telemedicina y que motiven a los participantes en el uso del sistema, procurando que las nuevas prácticas estén conectadas con las personas que las realizan para que todos sepan qué hacer, y que los demás participantes crean que pueden involucrarse y hacer una contribución que valga la pena.

Por otro lado, si se implementan correctamente, los sistemas de salud digitales pueden transformar drásticamente la salud y ofrecer a los pacientes y proveedores de servicios de salud, así como a los administradores y personas encargadas de formular políticas, información y herramientas necesarias para administrar y fortalecer los sistemas de salud, mejorar la atención y tratamientos de salud, y contribuir a aumentar la tasa de supervivencia (UIT, 2021).

Durante décadas, los proyectos de telemedicina y telesalud han recibido mucha atención por parte de innovadores profesionales de la salud. Sin embargo, la implementación de tecnología para resolver problemas de

salud debe abordarse desde una perspectiva más compleja, que incluya una amplia gama de interacciones entre sus dimensiones explicativas. Según Lange (2014), la implementación de la telemedicina solo tendrá éxito si están presentes los elementos críticos del éxito.

De acuerdo con Saiso et al. (2021), resulta clave entender el nivel de madurez de un establecimiento o de una red para calibrar las intervenciones de telesalud de forma coherente con el mismo. Es necesario resaltar, la importancia de la utilización de estándares internacionales y las mejores prácticas reconocidas para que los interesados diseñen, documenten, implementen y monitoreen procesos eficientes y eficaces.

En este sentido, los autores Kodukula y Nazvia (2011) destacaron los factores críticos de éxito para la implementación de la telemedicina en Maldivas (Tabla 3). Tres de estos factores también se destacan como barreras observadas de la matriz FODA. Estos factores están relacionados con la disponibilidad de infraestructura tecnológica, incluyendo hardware, software y ancho de banda adecuado, contar con una legislación claramente definida sobre telemedicina y la disponibilidad de recursos humanos adecuados (formación profesional).

Según Lange (2014), conocer los factores críticos es fundamental para el éxito del proyecto, de esta manera se realizaron varios estudios en diferentes países europeos, para identificar los principales factores críticos de éxito a tener en cuenta en la implementación de la telemedicina. Los 18 factores críticos de éxito destacados (Tabla 4) cubren el contexto general (decisión, preparación cultural, financiación), aspectos de gestión (necesidad de liderazgo, un plan de negocios, gestión del cambio), cuestiones legales y seguridad (responsabilidad incluida o el entorno regulatorio para la gestión de datos) y consideraciones tecnológicas (incluida la interoperabilidad).

Entre los factores críticos de éxito mencionados por Kodukula y Nazvia y por Lange (2014), se destacan los siguientes puntos en común: La

movilización de los recursos necesarios para la implementación de la telemedicina; La participación de profesionales de la salud y tomadores de decisiones en el proceso de Implementación; Factores vinculados a los procesos legales; Garantizar la disponibilidad de la infraestructura necesaria.

Tabla 3. Factores Críticos de éxito para implementar la telemedicina.

Factores críticos de éxito
a) Estar respaldado por regulaciones y políticas gubernamentales.
b) Adoptar un proyecto de gestión estandarizado.
c) Ser aceptado por la población.
d) Tener apoyo político.
e) Contar con la disponibilidad de infraestructura tecnológica, incluyendo hardware, software y ancho de banda adecuado.
f) Disponer de fondos de forma sostenible.
g) Tener la legislación claramente definida.
h) Contar con mecanismos de derivación y protocolos de telemedicina claramente definidos.
i) Garantizar la comunicación y la coordinación entre las partes interesadas.

Fuente: Elaboración propia, basado en Kodukula y Nazvia (2011).

Las evidencias de la literatura internacional sobre las dificultades de introducir tecnologías como la telemedicina o la salud digital en general en las organizaciones sanitarias apuntan a los cambios que se producen en los procesos de trabajo y las transformaciones organizativas como fuentes de resistencias internas, además de los factores económicos, que también han sido descrito como una barrera para la implementación (Aas, 2001).

Conforme Walker y Whetton (2002), las percepciones de los profesionales de la salud, las estructuras organizacionales y culturales, cuestiones legales, dificultades técnicas, tiempo, conveniencia, costo, entrenamiento y familiaridad con el equipamiento, son elementos facilitadores para la adopción de la telemedicina.

Teniendo en cuenta que estos factores son esenciales para la implementación exitosa de la telemedicina en los EE.UU, los autores Lipson y

Henderson (1996) destacan varias medidas políticas para apoyar el desarrollo de la telemedicina, que incluyen la planificación y coordinación, el desarrollo de redes, el desarrollo de programas específicos, el financiamiento, la construcción de una infraestructura de telecomunicaciones y el apoyo y aclaraciones regulatorias como algunas de estas medidas. Sin embargo, las interdependencias entre la tecnología, las características humanas y el entorno socioeconómico a menudo son ignoradas, lo que resulta en intervenciones con bajo impacto en las prácticas de salud (Walker y Whetton, 2002).

Los autores Zanaboni y Lettieri (2011) llaman la atención sobre el hecho de que los profesionales de la salud muchas veces se muestran opuestos o indiferentes al uso de la telemedicina. Porque, si la rentabilidad puede considerarse una ventaja para la sociedad, para el usuario individual esto puede no suceder.

De acuerdo con Eze y Hashiguchi (2020), existen límites para el crecimiento de la telemedicina porque, en ciertas especialidades y para ciertos problemas de salud, definitivamente la telemedicina no es la forma de atención más efectiva, aunque hay evidencia de que la telemedicina puede ser rentable, la generalización se ve dificultada por la baja calidad de los estándares en su uso y el desconocimiento tanto por parte de la población como por parte de los profesionales.

Por otro lado, la telemedicina puede exacerbar las desigualdades existentes en el acceso a los servicios. Como ya apuntan algunos estudios, las desigualdades digitales en la difusión y adopción de nuevas tecnologías hacen que los pacientes más vulnerables socialmente y con mayores necesidades sanitarias tengan menos acceso a la telemedicina (Qian et al., 2022).

Tabla 4. Los 18 factores críticos de éxito para la implementación de la telemedicina.

Factores relacionados con la estrategia y la gestión
1. Ambiente cultural para los servicios de telemedicina. 2. Existencia de liderazgo a través de un responsable del servicio. 3. Existencia de consenso sobre la ventaja de la telemedicina para afrontar problemas futuros. 4. Movilización de los recursos necesarios para la implementación.
Factores relacionados con la organización y la gestión
5. Satisfacer las necesidades principales de los clientes. 6. Involucrar a los profesionales de la salud y a los responsables de la toma de decisiones. 7. Desarrollar e implementar un plan de negocios. 8. Desarrollar e implementar un plan de gestión del cambio. 9. Poner al paciente en el centro del servicio.
Factores vinculados a los procesos legales
10. Evaluar las condiciones de legalidad del servicio. 11. Identificar y aplicar las directrices legales y de seguridad pertinentes. 12. Involucrar a expertos en derecho y seguridad. 13. Asegurarse de que los proveedores y usuarios de telemedicina sean conscientes de la privacidad.
Factores vinculados a las decisiones sobre tecnología y adquisiciones
14. Asegurarse de que la infraestructura de TI y eSalud necesaria esté disponible. . 15. Asegúrate de que la tecnología sea fácil de usar. 16. Instalar la tecnología y los procesos necesarios para monitorear el servicio. 17. Mantenga un buen proceso de adquisición. 18. Asegura que la tecnología tiene el potencial de escalar.

Fuente: Elaboración propia en base a Lange M. The secret of telehealth. Ehtel: Momentum; 2014.

La telemedicina requiere un conjunto de habilidades que necesitan apoyo para ser desarrolladas y ajustadas para lograr servicios eficientes (Shulver et al., 2016). Fredriksen et al. (2021) agregan que la baja alfabetización tecnológica tiene un impacto en el conjunto de habilidades necesarias y, según Konttila et al. (2019), las habilidades insuficientes pueden conducir a experiencias negativas en el uso de tecnologías, lo que, a su vez, influirá en las actitudes hacia la adaptación de otras tecnologías. El autor también menciona que el desarrollo de nuevas habilidades y la organización de capacitaciones periódicas, que tengan en cuenta las habilidades preexistentes de los participantes, es importante para minimizar los errores cuando se utiliza la tecnología.

Ante este escenario, es importante destacar que el acceso a la tecnología es fundamental para que la telemedicina se realice de manera

oportuna, junto con la capacidad profesional para poder manejar estas herramientas y poder desarrollar su actividad de manera normal, es importante que los centros de salud implementen mecanismos que refuercen su capacidad tecnológica y que dirijan el rumbo en la implementación y renovación de tecnologías.

De acuerdo con la OPS (2016), iniciativas de esta dimensión social, cultural, técnica, política y económica son imposibles de lograr sin el apoyo gubernamental, un enfoque intersectorial y con acciones intersdisciplinarias. El desarrollo de marcos técnicos en salud digital, lograr trabajadores de la salud capacitados y usuarios de salud alfabetizados digitalmente deben ser considerados como los principales factores críticos de éxito.

De esta forma, la construcción de la Matriz FODA como técnica para conocer el contexto puede catalogarse como importante, tanto para el ámbito práctico de las organizaciones como para el contexto académico de la investigación, precisamente porque, según Ghemawat (2012), el objetivo de esta técnica es captar información y conocimientos que muestren la capacidad de definir estrategias para mantener fortalezas, reducir debilidades, aprovechar oportunidades y protegerse contra amenazas. Además, el autor indica que se puede decir que la inserción de esta técnica en una organización pública conduce a un resultado más innovador y significativo, ya que es una herramienta de gestión eficiente.

Para que la telemedicina sea efectiva y ampliamente accesible a la población, será fundamental regular esta modalidad tanto en Argentina como en otros países de bajos y medianos ingresos. Será necesario monitorear y revisar los costos, los beneficios y las barreras para expandir los servicios, particularmente a la luz de los cambios médicos, sociales y políticos provocados por la pandemia de Covid-19 (Bizberge y Segura, 2020).

XIV. Conclusión

La telemedicina es considerada una herramienta innovadora para combatir los desafíos de brindar atención a poblaciones que viven más tiempo con enfermedades crónicas y para mejorar el acceso a la atención médica. Su implementación en el sector salud demuestra ser parte de una estrategia de transformación, pero se considera un proceso complejo que requiere cambios en la práctica diaria de los profesionales de la salud y que sigue dependiendo de varios factores para tener éxito (Leite et al., 2019).

Según Saiso et al. (2021), con millones de personas en todo el mundo en situación de distanciamiento físico debido a la pandemia provocada por el Covid-19, las tecnologías de la información y la comunicación se han posicionado como uno de los principales medios de interacción y colaboración en el sector de la salud.

A su vez, si la pandemia llevó a la interrupción de seguimientos y tratamientos, así como otros cuidados a la salud de la población, también se evidenció que la telemedicina fue una fuerte estrategia asistencial para enfrentar esta realidad. Este contexto contribuyó al desarrollo acelerado de la digitalización de los servicios de salud, incentivando su uso, al mismo tiempo que facilitó la continuidad del vínculo asistencial sin riesgo de contagio (Gianfelici, 2022).

Si bien la situación sanitaria impuesta por el Covid-19 representa un caso de “experiencia natural” para la telemedicina, existen vacíos de conocimiento sobre su uso en la pandemia que, de ser colmados, podrían contribuir a mejorar el uso futuro de esta tecnología por parte de los sistemas de salud. Mills (2014), refuerza que estos temas son particularmente relevantes para los países de bajos y medianos ingresos, donde los sistemas y servicios de salud son heterogéneos, donde existen diferentes formas de financiamiento y donde la combinación de los sectores público y privado es compleja.

En este sentido, al analizar los datos obtenidos en este estudio, es necesario tener en cuenta que Argentina cuenta con un sistema de salud cuyas principales características son la excesiva segmentación y fragmentación. Estas características contribuyen a disminuir la eficiencia en el uso de los recursos y aumentar las desigualdades, tanto en el acceso a los bienes y servicios de salud, como en el financiamiento y los resultados en salud (Baldo, 2017).

También es importante señalar que a pesar de la cobertura del subsistema de servicios públicos en Argentina es universal y gratuita para toda la población, el sector que utiliza exclusivamente sus servicios es el que no cuenta con seguro social o privado, es decir, trabajadores no registrados o desempleados sin capacidad de pago (Baldo, 2017). En este sentido, es importante recordar que para el uso efectivo de la telemedicina es necesaria la disponibilidad de herramientas tecnológicas capaces de facilitar y agilizar el contacto entre médicos y pacientes, factor que puede dificultar el acceso al uso de la telemedicina por parte de la población más vulnerable.

A pesar del apoyo de organismos internacionales y de los avances en el desarrollo de la telemedicina en Argentina, la búsqueda de resultados inmediatos aparentemente fue más importante que fortalecer las bases y cimientos de un plan sustentable de largo plazo para la implementación y mantenimiento de programas de telesalud que respondan a cualquier cambio de ideología, gestión administrativa, mercado, regulación o capacidades del personal de salud (Saiso et al., 2021).

La telemedicina ha sido objeto de una amplia gama de estudios, sin embargo, existe poca evidencia empírica sobre los diferentes usos de esta tecnología durante la pandemia en países de bajos y medianos ingresos, en diferentes contextos y por diferentes actores (OPS, 2016). Este estudio buscó contribuir a esta literatura desde la perspectiva de actores claves que trabajaron en el sector público de la salud en la provincia de Santa Fe en Argentina durante la pandemia provocada por el Covid-19.

Este estudio sugiere que se realicen más investigaciones sobre el tema, teniendo en cuenta que la telemedicina puede haber ayudado a garantizar y ampliar la gama de servicios de atención médica durante la pandemia de Covid-19.

Las posibilidades de uso de las TICs son muchas y permiten aplicaciones médicas de calidad, el alto costo y la dificultad de implementar un modelo de telemedicina que satisfaga de manera efectiva y satisfactoria las necesidades argentinas sigue siendo un gran obstáculo para la expansión de este tipo de servicios. Otro punto relevante a mencionar es la falta de una política de educación mutua que involucre a los médicos especialistas y a la población en general (Savignano, 2021).

Aunque no está claro si persistirán los altos niveles de uso, especialmente cuando la pandemia cese, este estudio tuvo como objetivo identificar y explicar los factores que pueden influir en el uso exitoso y la implementación de la telemedicina en el sector de la salud pública de la provincia de Santa Fe, los resultados proporcionan la perspectiva de los profesionales de la salud que se encuentran en el epicentro de una transformación de los sistemas y organizaciones de salud donde desarrollan actividades.

Fue evidente que la pandemia catalizó el acceso a la telemedicina en todo el mundo, al permitir que las instituciones y los profesionales de la salud tuvieran la oportunidad de brindar atención al mantener a los usuarios seguros en sus hogares. Pero la búsqueda de soluciones individualizadas, sin seguir una estrategia nacional, así como explican los autores Kairy et al. (2019) y Muigg et al. (2019) puede explicar el entorno de TICs heterogéneo, donde el legado de soluciones coexiste con la multiplicidad de productos y productores, con la correspondiente falta de estandarización e interfaz.

Los factores identificados en este estudio que pueden causar un desperdicio de recursos y una limitación en la atención a la salud, están en

línea con los factores identificados en la literatura. Se identifican necesidades a nivel de apoyo y liderazgo organizacional, recursos (TIC, infraestructuras, recursos humanos), capacitación adecuada, desarrollo y ajuste de competencias, y adaptación de la telesalud a un flujo de trabajo todavía muy convencional (Knowles et al., 2021).

Para alcanzar todo el potencial de la implementación de servicios de atención médica, las organizaciones deben tener en cuenta estos factores para transformar sus operaciones y mentalidades. Las estrategias para la implementación de la telemedicina en el territorio nacional dependen de la construcción de políticas públicas que consideren no solo su uso para la atención al paciente, sino el potencial multipropósito de la tecnología para la integración de servicios, el intercambio de conocimientos y la formación permanente de profesionales. Las tecnologías necesarias para la telemedicina (internet, computadoras, etc.) y la formación de profesionales para atender las necesidades de los pacientes deben llegar a todos los niveles de las instituciones de salud pública.

Tampoco podemos olvidar que en el caso de Argentina la complejidad y fragmentación del sistema de salud afecta la producción de salud restringiendo su eficiencia sistémica y, en consecuencia, se observan desigualdades en los resultados de atención a salud, en el nivel de gasto, así como en las condiciones humanas y materiales para el acceso efectivo a los servicios en los diversos territorios y grupos de población de la nación.

De esta forma, para la implementación exitosa de un programa de telemedicina, es fundamental determinar las prioridades y necesidades del contexto sociocultural, sociosanitario y los recursos del ámbito. Realizar un análisis holístico, que abarque infraestructura, financiamiento, recursos humanos y organizacionales, estándares y cuestiones legales, éticas y de privacidad, es fundamental para comprender mejor las condiciones y los recursos más relevantes para el proceso de integración del servicio de telemedicina en el escenario correspondiente.

Todavía queda un largo camino por recorrer para hacer un modelo de atención virtual dominante y robusto y hay una serie de aspectos importantes que deben evaluarse en el sistema de salud en su conjunto y en las organizaciones en particular antes de implementar la salud digital (Kairy et al., 2019). También debe tenerse en cuenta que no existe una "receta" de implementación que funcione de manera efectiva en todas las situaciones y lo que funciona en un contexto puede no funcionar en otro (May et al., 2016). La solución es seguir los principios y reglas que mejor se apropien de cada realidad. Se necesitará regulación e incentivos para apoyar el uso de la tecnología en los sistemas de salud, particularmente en el sector público, a fin de aumentar el acceso a los servicios para las poblaciones menos desfavorecidas.

Para ejecutar estrategias de implementación que apuntan a cambiar determinantes relevantes en contextos dinámicos y complejos como los sistemas de salud, la información sobre lo que influye en los resultados de la implementación es potencialmente útil (Nilsen, 2020). La construcción de la matriz FODA proporciona el marco conceptual para analizar áreas potencialmente problemáticas en el uso, implementación y sostenibilidad de la telemedicina en el contexto analizado.

Las tecnologías siguen en constante cambio, como los teléfonos inteligentes, las redes sociales y las diferentes plataformas de Internet. Muchos de estos sistemas se crearon hace mucho tiempo con el objetivo de proporcionar más información y acceso a una mejor atención médica. La era de la información está sobre nosotros y la tecnología no solo ha cambiado la forma en que nos comunicamos, también está cambiando la forma en que vivimos, y está cambiando rápidamente la forma en que accedemos a la información sobre nosotros mismos y la atención médica.

La innovación, la digitalización y la salud digital son temas relativamente actuales que necesitan exploración en el ecosistema, por lo que hay varias sugerencias de inversión científica que se pueden hacer en esta área.

La replicación del estudio en períodos prolongados de tiempo (estudios longitudinales), en contextos y con programas de salud televisivos más específicos, que cubran también poblaciones más específicas (dirigidas a grupos específicos de profesionales de la salud) o diversas (como incluir estudios con usuarios) utilizando otras escalas de medición pueden ser relevantes para comprender las posibles barreras y necesidades. Esta inversión se puede realizar a través de las propias organizaciones sanitarias o incluso a través de asociaciones con universidades, sensibilizando a profesionales y estudiantes sobre la necesidad de la investigación, la innovación y la digitalización de las TIC en salud. Los estudios futuros también serán útiles para verificar la frecuencia de adopción de telesalud y para evaluar la persistencia de barreras en el uso de esta intervención.

En definitiva, esta investigación refuerza la importancia de analizar el contexto para determinar las prioridades y necesidades para la implementación y uso de la telemedicina. La realización de un análisis integral permite sensibilizar a los gerentes y administradores de las unidades de salud, así como a los profesionales de la salud, sobre los desafíos que pueden encontrar en relación al uso de las TICs.

En este sentido, para alcanzar el máximo potencial de los servicios de telemedicina, los gobiernos deben tomar en cuenta la creación de políticas públicas que promuevan la transformación digital inclusiva en el área de la salud, que garanticen una adecuada conectividad tanto para la población beneficiaria como para el sector salud, que faciliten estrategias de alfabetización digital, que establezcan el control de confianza y la seguridad de la información en el entorno digital de la salud pública y que promuevan los beneficios de utilizar los recursos tecnológicos como aliados de la salud, lo que permite reducir los costos operativos y garantizar un mayor control de la gestión, siendo así extremadamente ventajoso.

XV. Limitaciones y recomendaciones

En la etapa final de esta investigación, pretendemos esbozar algunas limitaciones encontradas a lo largo de este estudio, así como hacer algunas recomendaciones y sugerencias para la estructuración y desarrollo de futuras investigaciones.

Este estudio tiene como objetivo identificar, desde la perspectiva de informante claves de instituciones públicas de salud de Santa Fe, Argentina, los factores facilitadores y barreras existentes en el uso e implementación de la telemedicina en esta región en el contexto de la pandemia provocada por el Covid-19. Sabiendo de este hecho, el tamaño reducido de la muestra permite considerar los resultados encontrados solo para la población en cuestión.

El estudio se limita a realizar la encuesta en la provincia de Santa Fe en Argentina, por lo tanto, no se profundiza en la distinción entre ciudades o regiones dentro de esa provincia, ni en los diferentes usos de la telemedicina en cada tipo de servicio, ni en las implicaciones de las diferentes plataformas tecnológicas disponibles.

Como recomendaciones para futuras investigaciones sobre este mismo tema, destacamos la importancia de ampliar la muestra de participantes, incluyendo la perspectiva de los usuarios, además de otros campos de investigación. Realizar un estudio más completo puede ser relevante para comprender mejor las barreras potenciales y las necesidades existentes en el sistema de salud del país.

XVI. Bibliografía

- Aas, I. M. (2001). A qualitative study of the organizational consequences of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7(1), 18-26.
- Adamovsky, E. (2012). Historia de las clases populares en la Argentina: desde 1880 hasta 2003. *Sudamericana*.
- Adaszko, D., Donza, E., Moreno, C., Rodríguez Espínola, S. S., Salvia, A., & Suárez, A. D. J. (2011). Estado de situación del desarrollo humano y social: barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en el primer año del bicentenario.
- Albarrak, A. I., Mohammed, R., Almarshoud, N., Almujaalli, L., Aljaeed, R., Altuwaijiri, S., & Albohairy, T. (2021). Assessment of physician's knowledge, perception and willingness of telemedicine in Riyadh region, Saudi Arabia. *Journal of infection and public health*, 14(1), 97-102.
- Alcoba, L., Salatino, M. N., Chavez, M. F., Gonzalez, L., & Mendiola, M. B. Q. (2021). Pandemia y jóvenes en territorios rurales de Argentina. *Eutopía: Revista de Desarrollo Económico Territorial*, (19), 54-76.
- Almathami, H. K. Y., Win, K. T., & Vlahu-Gjorgievska, E. (2020). Barriers and facilitators that influence telemedicine-based, real-time, online consultation at patients' homes: systematic literature review. *Journal of medical Internet research*, 22(2), e16407.
- American Medical Association. (2020). Telehealth Implementation Playbook. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/practice-management/digital/amatelehealth-quick-guide> [Consultado en 09-10-2022]
- Arce, H. E. (2012). Organización y financiamiento del sistema de salud en la Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 72(5), 414-418.
- Argentina (1997). Decreto 554/97. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-554-1997-44083/texto> [Consultado en 10-10-2022].
- Argentina (2007). Legislación en Salud de la República Argentina. Disponible en: <http://www.legisalud.gov.ar/> [Consultado en 10-10-2022].

Argentina (2018b). Plan Nacional de Telesalud 2018-2024. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_plan_nacional_de_tele_salud_def.pdf [Consultado en: 09-10-2021].

Argentina (2019) 1° Recomendación para el uso de la telemedicina. encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf [Consultado en 10-10-2022].

Argentina (2020). Resolución 282/2020. Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-282-2020-336020/texto> [Consultado en 10-10-2022].

Argentina (2020b) Primera Encuesta Nacional de Telesalud Experiencias de los/las usuarios/as de los equipos de salud y de pacientes. Disponible en:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/primera_encuesta_nacional_de_tele_salud.pdf [Consultado en 10-10-2022].

Argentina (2022). Programa Telecovid. Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/teleCovid> [Consultado en 10-10-2022].

Ary Messina, L., Dos Santos, A. D. F., Fernández, A., de Melo, B., do Carmo, M., Alves, H. J., ... & CEPAL, N. (2014). Desarrollo de la telesalud en América Latina: Aspectos conceptuales y estado actual.

Asociación Latino Americana de Medicina Social (2008). Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en:
www.alames.org/documentos/ponencias.pdf. [Consultado en: 10-10-2022].

Baladron, M. I. (2018). El Plan Nacional de Telecomunicaciones Argentina Conectada (2010-2015) en el marco de las políticas públicas de universalización del acceso a internet.

Baladron, M. (2019). El Plan Argentina Conectada: una política de Estado desde la infraestructura de comunicaciones. Ciencia, tecnología y política.

Baladron, M. I., de Charras, D., Rivero, E. A., & Rossi, D. (2021). Argentina: Derecho a la conectividad, desigualdad y actores no lucrativos. Pág. 43-57

Baldo (2017). Fragmentación y segmentación del sistema de salud argentino: un análisis histórico. Disponible en:

<http://www.congresoalacip2017.org/archivo/downloadpublic2?q=YToyOntzOjY6lnBhcmFtcyl7czozNToiYToxOntzOjEwOiJJRF9BUiFVSVZPljtzOjQ6IjMwMzEiO30iO3M6MT0iaCI7czozMjoiOGRINGNhYjMwZDRhOGEzMGQ3NjQ3Y2M4YjZmYmQyNzQiO30%3D>. [Consultado en 10-9-2022]

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Edições 70.

Barbagallo, G. (2021). *Telemedicina: herramienta de acceso a la salud*. Inmanencia (San Martín, Prov. B. Aires), 10-13.

Bashshur, R. L. (1995). On the definition and evaluation of telemedicine. *Telemedicine Journal*, 1(1), 19-30.

Belmartino, S. (2005a). *La atención médica argentina en el siglo XX*. Instituciones y procesos

Belmartino, S. (2005b). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud colectiva*, 1, 155-171.

Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53(suppl 2), s96-s109.

Benjamin, G. C. (2020). Asegurar la equidad en la salud durante la pandemia de COVID-19: el papel de la infraestructura de salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, NA-NA.

Bizberge, A., & Segura, M. S. (2020). Los derechos digitales durante la pandemia COVID-19 en Argentina, Brasil y México. *Revista de Comunicación*, 19(2), 61-85.

Botrugno, C., & Zózimo, J. R. (2020). A difusão da telemedicina em Portugal: dos benefícios prometidos aos riscos de um sistema de cuidados a duas velocidades. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (93), 89-107.

Bradbury, K., Watts, S., Arden-Close, E., Yardley, L., & Lewith, G. (2014). *Developing digital interventions: a methodological guide*. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine.

Brauchli, K. (2006). *Telemedicine for improving access to health care in resource-constrained areas: from individual diagnosis to strengthening health systems* (Doctoral dissertation, University_of_Basel).

Brice, S., & Almond, H. (2020). Health professional digital capabilities frameworks: A scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1375–1390.

- Brown, W.T (2001). The digital transformation of oral health care. Teledentistry and electronic commerce. *J Am Dent Assoc*, v.132, p. 204–209.
- Byanyima W. y Barcenas Ibarra A. Latin America is the world's most unequal region, here's how to fix it. *Foro Económico Mundial*; 2016. Disponible en: <https://www.weforum.org/agenda/2016/01/inequality-is-getting-worse-in-latin-america-here-s-how-to-fix-it/>. [Consultado en 12-06-2022].
- Cáceres-Méndez, E. A., Castro-Díaz, S. M., Gómez-Restrepo, C., & Puyana, J. C. (2011). Telemedicina: historia, aplicaciones y nuevas herramientas en el aprendizaje. *Universitas medica*, 52(1), 11-35.
- Califano, B. (2022). Políticas para la conectividad y el acceso a internet durante la pandemia: impactos limitados sobre desigualdades preexistentes. *Revista Voces en el Fénix*, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. Vol. 12 p. 60 – 67
- Cámara de Instituciones de Diagnostico Médico, CADIME (2018). Informe Sectorial. Disponible en: <file:///C:/Users/user/Downloads/INFORME%20SECTORIAL%20CADIME%20-%20MARZO%202019.pdf>. [Consultado en: 10-09-2022].
- Cámara Argentina de Internet (2019). Estado de Internet en Argentina y la Región 2019. Disponible en: <https://www.cabase.org.ar/wp-content/uploads/2019/12/CABASE-Internet-Index-II-Semestre-2019.pdf> [Consultado en 10-10-2022].
- Cardoso, M.M. et al. (2019). Análisis del servicio de salud en la provincia de Santa Fe.
- Castellani, A. G. (2002). La gestión estatal durante los regímenes políticos burocrático-autoritarios. El caso argentino entre 1967 y 1969. *Sociohistórica*, (11-12).
- Castillejo, J. A. P. (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Atención primaria*, 45(3), 129.
- Casado García, M. E., & Santervás Sanz, A. (2012). Estado del arte de la Telemedicina en España y Europa. DSSI-1.3 ITT Sistemas de Telecomunicación. Disponible en: <http://www.mecg.es/archivos/DSSI1%20-%20Bloque3.pdf> [Consultado en 07-07-2022].

- Catapan, S. D. C., & Calvo, M. C. M. (2020). Teleconsulta: uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 44.
- Cetrángolo, O. (2013). *Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino* (Doctoral dissertation, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Buenos Aires).
- Cetrángolo, O., & Goldschmit, A. (2018). *Obras sociales en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual*.
- Cetrángolo, O., & Devoto, F. (2002). Organización de la salud en Argentina y equidad: una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual (pp. 31-31).
- Choo, C. W., & Díaz, D. R. (1999). *La organización inteligente: el empleo de la información para dar significado, crear conocimiento y tomar decisiones*. México DF: Oxford University Press.
- Chueke, D. (2015). *Panorama de la telemedicina en américa latina*. España: Publicaciones de la Asociación Iberoamericana de Telesalud y Telemedicina.
- Código de Ética Médica 1955. Pg. 28. Confederación Médica de la República Argentina. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/comra_codigo.pdf [Consultado en 10-10-2022].
- Codina, L. (2020). *Cómo llevar a cabo revisiones bibliográficas tradicionales o sistematizadas en trabajos de final de máster y tesis doctorales*.
- Chiavenato, I., & Sapiro, A. (2003). *Planejamento estratégico*. Rio de Janeiro.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020a). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19 Efectos económicos y sociales. Informe especial covid-19. N°1*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2020). *Las oportunidades de la digitalización en América Latina frente al Covid-19*.
- Constitución Argentina (1994). Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Parties/Argentina/Leyes/constitucion.pdf>. [Consultado en 09-10-2022].
- Correia, Guedelha, Reymão Rente, & Fernandes (2020). *Portugal à Conquista da Excelência em Digital Health*. Disponible en:

https://inofarma.org/pdf/Inofarma_v1_202005.pdf. [Consultado en 10-07-2022].

- Craig, J., & Petterson, V. (2005). Introduction to the practice of telemedicine. *Journal of telemedicine and telecare*, 11(1), 3-9.
- D'Agostino, M., Al-Shorbaji, N., Abbott, P., Bernardo, T., Ho, K., Sinha, C., & Novillo-Ortiz, D. (2014). Iniciativas de eSalud para transformar la salud en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 35(5-6), 323-325.
- Decreto 908/2016. Cobertura Universal de Salud; Buenos Aires. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264047/norma.htm> [Consultado en 10-10-2022].
- Decreto 174/2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-174-2018-307419/texto> [Consultado en 12-10-2022].
- Domingues, D. A., Martinez, I. B., Cardoso, R. B., Oliveira, H. W., & Russomano, T. (2014). História da evolução da telemedicina no mundo, no Brasil e no Rio Grande do Sul.
- Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2020). Telemedicine 2020 and the next decade. *The Lancet*, 395(10227), 859.
- Dyb, K., Berntsen, G. R., Kvam, L. (2021). Adopt, adapt, or abandon technology-supported person-centred care initiatives: healthcare providers' beliefs matter. *BMC Health Services Research*, 21(240).
- Dzenowagis, J. (2019). Bridging the digital divide: linking health and ICT policy. In *Telehealth in the developing world* (pp. 9-26). CRC Press.
- Echegoyemberry, M. N. (2021). El derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario-Hacia la construcción de la justicia sanitaria. ". *Revista Debate Público. Reflexión de trabajo Social*". Nro, 21. B
- Ekeland, A. G., Bowes, A., & Flottorp, S. (2010). Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. *International journal of medical informatics*, 79(11), 736-771.

- Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *Journal of medical Internet research*, 3(2), e833.
- Eze, N. D., Mateus, C., & Cravo Oliveira Hashiguchi, T. (2020). Telemedicine in the OECD: an umbrella review of clinical and cost-effectiveness, patient experience and implementation. *PloS one*, 15(8), e0237585.
- Fahy, N., Williams, G. A., Habicht, T., Köhler, K., Jormanainen, V., Satokangas, M., ... & Romero, F. E. (2022). Use of digital health tools in Europe: before, during and after COVID-19.
- Falappa, F., & Andrenacci, L. (2009). La política social de la Argentina democrática: 1983-2008.
- Fatehi, F., Armfield, N. R., Dimitrijevic, M., & Gray, L. C. (2014). Clinical applications of videoconferencing: a scoping review of the literature for the period 2002–2012. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(7), 377-383.
- Ferguson, J. (2017). How to do a telemedical consultation. In *Introduction to telemedicine* (pp. 117-131). CRC Press.
- Finch, T. L., Girling, M., May, C. R., Mair, F. S., Murray, E., Treweek, S., ... & Rapley, T. (2018). Improving the normalization of complex interventions: part 2-validation of the NoMAD instrument for assessing implementation work based on normalization process theory (NPT). *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-13.
- Fisk, M., Livingstone, A., & Pit, S. W. (2020). Telehealth in the context of COVID-19: changing perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *Journal of medical Internet research*, 22(6), e19264.
- Fredriksen, E., Thygesen, E., Moe, C. E., & Martinez, S. (2021). Digitalisation of municipal healthcare collaboration with volunteers: a case study applying normalization process theory. *BMC Health Services Research*, 21(410).
- Freitas, H., & Janissek, R. (2000). Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sagra Luzzatto.
- García Garcés, H., Navarro Aguirre, L., López Pérez, M., & Rodríguez Orizondo, M. D. F. (2014). Tecnologías de la Información y la Comunicación en salud y educación médica. *Edumecentro*, 6(1), 253-265.

- García Zaballos, A., Iglesias Rodríguez, E., & Puig Gabarró, P (2021). Informe anual del Índice de Desarrollo de la Banda Ancha: brecha digital en América Latina y el Caribe: IDBA.
- Garay, O. (1991). Régimen legal de las obras sociales y del seguro de salud. *Bs As., La Rocas*.
- Gendler, M. A., & Andonegui, F. (2021). El COVID-19 y las regulaciones digitales en Argentina. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 12(22), 175-2020.
- Ghemawat, P. (2012). *A Estrategia E O Cenario Dos Negocios 2ed*. Bookman.
- Gianfelici, F. R. (2022). Implicancias del derecho del consumo en la Telemedicina. *Memorias de las JAIIO*, 8(11), 115-126.
- Giovanella, L. (2013). Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada. *Observatório Mercosur de Sistemas de Salud*.
- Glomsås, H. S., Knutsen, I. R., Fossum, M., & Halvorsen, K. (2020). User involvement in the implementation of welfare technology in home care services: The experience of health professionals—A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 4007–4019.
- Golbert, L., & Roca, E. (2010). *De la Sociedad de Beneficencia a los derechos sociales*.
- Gómez Navarro, D. A., Alvarado López, R. A., Martínez Domínguez, M., & Díaz de León Castañeda, C. (2018). La brecha digital: una revisión conceptual y aportaciones metodológicas para su estudio en México. *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 6(16), 47-62. c c
- González Fraga, M. J., & Herrera Rodríguez, O. N. (2007). Bioética y nuevas tecnologías: Telemedicina. *Revista Cubana de enfermería*, 23(1), 0-0.
- Green, S. M., Lockhart, E., & Marhefka, S. L. (2015). Advantages and disadvantages for receiving Internet-based HIV/AIDS interventions at home or at community-based organizations. *AIDS care*, 27(10), 1304–1308.
- Grigsby, J., Kaehny, M. M., Sandberg, E. J., Schlenker, R. E., & Shaughnessy, P. W. (1995). Effects and effectiveness of telemedicine. *Health care financing review*, 17(1), 115.

- Güemes Careaga, I. (2012). Telemonitorización en pacientes con insuficiencia cardiaca o enfermedad obstructiva crónica. Revisión sistemática de la literatura. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
- Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1679-1681.
- Hjelm, N.M., (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine. *J Telemed Telecare.*;11(2):60-70.
- Ibáñez, C. R., De Cadena, Á. Z., & Zea, A. T. (2007). Telemedicina: introducción, aplicación y principios de desarrollo. *Ces Medicina*, 21(1), 77-93.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2021). Acceso y uso de tecnologías de la información y la comunicación. EPH. Informes Técnicos. Vol. 6, nº 89. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/mautic_05_22843D61C141.pdf [Consultado en 10-10-2022].
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2022). Accesos a internet, Cuarto trimestre de 2021. Informes técnicos. Vol. 6, nº 42. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/internet_12_229189C8098F.pdf [Consultado en 10-10-2022].
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2023). Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022: resultados provisionales/ 1ª. ed. -Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2023).
- Isuani, E., & Mercer, H. (1988). La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina. ¿ Pluralismo o Irracionalidad. de América Latina. Biblioteca Política Argentina, (241).
- Jalalabadi, F., Shultz, K. P., Sussman, N. L., Fisher, W. E., & Reece, E. M. (2018). Initiating telehealth in a complex organization. In *Seminars in Plastic Surgery* (Vol. 32, No. 04, pp. 159-161). Thieme Medical Publishers.

- Jennett, P. A., Gagnon, M. P., & Brandstadt, H. K. (2005). Preparing for success: readiness models for rural telehealth. *Journal of postgraduate medicine*, 51(4), 279.
- Jiménez-Rodríguez, D., Santillán García, A., Montoro Robles, J., Rodríguez Salvador, M. D. M., Muñoz Ronda, F. J., & Arrogante, O. (2020). Increase in video consultations during the COVID-19 pandemic: healthcare professionals' perceptions about their implementation and adequate management. *International journal of environmental research and public health*, 17(14), 5112.
- Jonhson, G., Scholes, K., & Whittington, R. (2007). *Explorando a estratégia corporativa: texto e casos*. 7 ed. Porto Alegre: Bookman.
- Kairy, D., Messier, F., Zidarov, D., Ahmed, S., Poissant, L., Rushton, P. W., ... & Lavoie, V. (2017). Evaluating the implementation process of a new telerehabilitation modality in three rehabilitation settings using the normalization process theory: study protocol. *International Journal of Healthcare Management*.
- Katz, N., Roman, R., Rados, D. V., Oliveira, E. B. D., Schmitz, C. A. A., Gonçalves, M. R., ... & Umpierre, R. N. (2020). Access and regulation of specialized care in Rio Grande do Sul: the RegulaSUS strategy of TelessaúdeRS-UFRGS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1389-1400.
- Khodadad-Saryazdi, A. (2021). Exploring the telemedicine implementation challenges through the process innovation approach: A case study research in the French healthcare sector. *Technovation*, 107, 102273.
- Kichloo, A., Albosta, M., Dettloff, K., Wani, F., El-Amir, Z., Singh, J., ... & Chugh, S. (2020). Telemedicine, the current COVID-19 pandemic and the future: a narrative review and perspectives moving forward in the USA. *Family medicine and community health*, 8(3).
- Kissi, J., Dai, B., Dogbe, C. S. K., Banahene, J., & Ernest, O. (2020). Predictive factors of physicians' satisfaction with telemedicine services acceptance. *Health Informatics Journal*, 26(3), 1866–1880.
- Knowles, S. E., Ercia, A., Caskey, F., Rees, M., Farrington, K., & Van der Veer, S. N. (2021). Participatory co-design and normalisation process theory with staff and patients to implement digital ways of working into routine care: the example of electronic patient-reported outcomes in UK renal services. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11.

- Konttila, J., Siira, H., Kyngäs, H., Lahtinen, M., Elo, S., Kääriäinen, M., ... & Mikkonen, K. (2019). Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), 745-761.
- Kotler, P; Keller, K. L. (2012) *Administração de marketing*. 14. ed. São Paulo: Pearson. Disponible en: https://frrq.cvg.utn.edu.ar/pluginfile.php/14585/mod_resource/content/1/libro%20direccion-de-marketing%28kotler-keller_2006%29.pdf. [Consultado en 10-07-2022].
- Krupinski, E. A., & Bernard, J. (2014). Standards and guidelines in telemedicine and telehealth. In *Healthcare* (Vol. 2, No. 1, pp. 74 93). <https://doi.org/10.3390/healthcare2010074>.
- Laborato, G. Santiago, L. Palo, M. (2021) *Fragmentación y segmentación: una radiografía del sistema de salud argentino*. Instituto de Economía Aplicada y Sociedad. Disponible en: <https://www.institutoideas.com.ar/wp-content/uploads/2021/06/IDEAS-ODH-Sistema-de-Salud-en-Argentina.pdf>. [Consultado en: 09-04-2022].
- Labrique, A., Vasudevan, L., Mehl, G., Roskam, E., & Hyder, A. A. (2018). Digital health and health systems of the future. *Global Health: Science and Practice*, 6(Supplement 1), S1-S4.
- Lange, M. (2014). *The secret of telehealth*. Ehtel: Momentum.
- Leite, C. R. M., Binsfeld, P. C., & Rosa, S. D. S. R. F. (2019). *Novas tecnologias aplicadas à saúde: desenvolvimento de sistemas dinâmicos: conceitos, aplicações e utilização de técnicas inteligentes e regulação*.
- Ley de Obras Sociales N ° 23.660. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/149>. [Consultado en 10-09-2022].
- Lipson, L. R., & Henderson, T. M. (1996). State initiatives to promote telemedicine. *Telemedicine Journal*, 2(2), 109-121.
- Luciano, E., Mahmood, M. A., & Mansouri Rad, P. (2020). Telemedicine adoption issues in the United States and Brazil: Perception of healthcare professionals. *Health Informatics Journal*, 26(4), 2344–2361.

- Luna, D., Plazzotta, F., Otero, C., González Bernaldo de Quirós, F., Baum, A., & Benítez, S. (2012). Incorporación de tecnologías de la información y de las comunicaciones en el Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Maceira, D. (2002). Financiamiento y equidad en el sistema de salud argentino.
- Maceira, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. Cuadernos del CLAEH, 32(99), 7-17.
- Maceira, D., & Reynoso, A. (2010). Gasto financieramente catastrófico y empobrecedor en salud. Argentina 1997-2005. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del sistema de salud argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. Revista Estado y Políticas Públicas. Año VIII, Núm. 14, 155-179.
- Maese, J. R., Seminara, D., Shah, Z., & Szerszen, A. (2020). <? covid19?> Perspective: What a Difference a Disaster Makes: The Telehealth Revolution in the Age of COVID-19 Pandemic. American Journal of Medical Quality, 35(5), 429-431.
- Mair, F. S., May, C., O'Donnell, C., Finch, T., Sullivan, F., & Murray, E. (2012). Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. Bulletin of the World Health Organization, 90, 357-364.
- Maldonado, J. M. S. D. V., Marques, A. B., & Cruz, A. (2016). Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 32.
- Márquez, J. R. (2020). Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. Revista colombiana de Gastroenterología, 35, 5-16.
- Marti, M., Balladelli, P. P., & Gherardi, A. (2014). Implementación de la Estrategia y Plan de Acción de eSalud en la República Argentina, 2011-2013. Revista Panamericana de Salud Publica, 35, 432-436.
- May, C. R., Johnson, M., & Finch, T. (2016). Implementation, context and complexity. Implementation Science, 11(1), 1-12.

- Mera, J., & Bello, J. (2003). Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en Argentina: una Introducción. Representación OPS/OMS Argentina; 56.
- Mills, A. (2014). Health care systems in low-and middle-income countries. *New England Journal of Medicine*, 370(6), 552-557.
- Ministerio de Salud de la Nación (2017). Superintendencia de Servicios de Salud. Disponible en: <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/156>. [Consultado en 10-09-2022].
- Ministerio de Salud (2011) Primer informe. Sala de situación del Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe.
- Monaghesh, E., & Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC public health*, 20, 1-9.
- Monje, D. (2003). *Argentin@ internet. todos...? Estudio sobre políticas de telecomunicaciones instrumentadas en la Argentina de los noventa*. Estudios: Centro d Estudios Avanzados, (14), 113-129.
- Monraz-Pérez, S., Pacheco-López, A., Castorena-Maldonado, A., Benítez-Pérez, R. E., Thirión-Romero, I., López-Estrada, E. D. C., ... & Pérez-Padilla, J. R. (2021). Telemedicina durante la pandemia por COVID-19. *Neumología y cirugía de tórax*, 80(2), 132-140.
- Muigg, D., Kastner, P., Duftschmid, G., Modre-Osprian, R., & Haluza, D. (2019). Readiness to use telemonitoring in diabetes care: a cross-sectional study among Austrian practitioners. *BMC medical informatics and decision making*, 19, 1-10.
- Müller, S. D., Wehner, D. L., Konzag, H., Vesterby, M., & Høybye, M. T. (2021). The paradox of project success despite lack of the “My Pathway” telehealth platform usage. *Health Informatics Journal*, 27(1), 1460458220976734.
- Nilsen, P. (2020). Making sense of implementation theories, models, and frameworks. *Implementation Science* 3.0, 53-79.
- Norris, A. C. (2001). *Essentials of Telemedicine and Telecare*.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaracion de alma-ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
[Consultado en 09-10-2022].

Organización Panamericana de la Salud (2003) E-Salud en Latinoamérica y el Caribe: tendencias y temas emergentes Washington, D.C.: OPS, © 2003. 208 páginas. Disponible en:
http://www.ehealthstrategies.com/files/esalud_lac_ops_2003.pdf [Consultado en: 10-10-2022].

Organización Mundial de la Salud (2005) Cibersalud. 58ª asamblea mundial de la salud a58/21 punto 13.17 del orden del día provisional. Disponible en:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_21-sp.pdf [Consultado en: 09-09-2022].

Organización Mundial de la Salud (2005a). 58ª Asamblea Mundial de la Salud Ginebra, 16-25 de Mayo de 2005. WHA58/2005/REC/1. Disponible en:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf [Consultado en 10-03-2022]

Organización Mundial de la Salud (2010). Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. Geneva. Disponible en:
https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
[Consultado en 10-10-2022].

Organización Panamericana de la Salud (2011). Estrategia y Plan de Acción sobre e-Salud. Resolución cd51.r5. 63 Sesión del Comité Regional. disponible en:
<file:///C:/Users/user/Downloads/CD51.R5-spdf.pdf>. [Consultado en 10-07-2022].

Organización Panamericana de la Salud. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2273&Itemid=270&lang=es. [Consultado en 22-03-2021]

Organización Panamericana de la Salud (2014b). Conversaciones sobre eSalud. Washington, DC: 2014. ISBN 978-92-75-31828-7. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28391/9789275318287_spa.pdf?sequence=1. [Consultado en 10-07-2022].

Organización Panamericana de la Salud. (2016). Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6. [Consultado en 10-07-2022].

Organización Panamericana de la Salud (2017). Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.

Organización Panamericana de la Salud (2017b). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas : elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. 1a ed . - Buenos Aires.

Organización Panamericana de la Salud (2020). Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organización Mundial de la Salud (2020a). Teleconsulta durante una pandemia – Hoja Informativa. Disponible en:
<https://www3.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-es.pdf>
[Consultado en 07-07-2022]

Organización Mundial de la Salud (2022). Directriz de la OMS: Recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud [WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening]. Ginebra. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organização Panamericana de Saúde (2022a). O potencial das tecnologias de informação de uso frequente durante a pandemia. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52022/Factsheet-TICs_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y [Consultado en 01-11-2022].

Pagliari, C., Sloan, D., Gregor, P., Sullivan, F., Detmer, D., Kahan, J. P., ... & MacGillivray, S. (2005). What is eHealth (4): a scoping exercise to map the field. *Journal of medical Internet research*, 7(1), e391.

Piazzentino, R. E., & Tourn, L. (2019). La inclusión digital: significativo privilegiado del Plan Nacional de Telecomunicaciones Argentina Conectada. *Argumentos. Revista de crítica social*, (21), 519-547.

Pinto, C. T., Fernandes, B., Magalhães, V. L., & Oliveira, S. (2022). A implementação da telemedicina no mundo: A perspectiva dos profissionais de

saúde: Ciências Exatas e Engenharia. Revista da UI_IPSantarém, 10(1), e28790-e28790.

Pont, M. V., Rodríguez, M. C. S., Blanc, N. P., & Bosch, L. P. (2021). Impacto de la implementación de las nuevas tecnologías para innovar y transformar la atención primaria: la enfermera tecnológica. *Atención Primaria Práctica*, 3, 100116.

Portada de la Revista 40 artículos de radio de 1925, Hugo Gernsback. Disponible en: <https://www.smithsonianmag.com/history/telemedicinepredicted-in-1925-124140942/> [Consultado en 10-07-2022].

Qian, A. S., Schiaffino, M. K., Nalawade, V., Aziz, L., Pacheco, F. V., Nguyen, B., ... & Murphy, J. D. (2022). Disparities in telemedicine during COVID-19. *Cancer medicine*, 11(4), 1192-1201.

Rabanales Sotos, Joseba, Párraga Martínez, Ignacio, López-Torres Hidalgo, Jesús, Andrés Pretel, Fernando, & Navarro Bravo, Beatriz. (2011). Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones: Telemedicina. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(1), 42-48.

Rangachari, P., Mushiana, S. S., & Herbert, K. (2021). A narrative review of factors historically influencing telehealth use across six medical specialties in the United States. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4995.

Resolución 2018-189-APN-SGS#MSYDS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social Secretaría de Gobierno de Salud. Ciudad de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-189-2018-315832/texto> [Consultado en: 10-12-2022].

Rochal, G. G. V., Limall, B. C., Ferreiralll, M. T., AhlfIV, A. A., Waughav, L., OkuharaVI, M. R., ... & MacedoVIII, C. R. (2021). O uso da telemedicina em tempos de COVID: sinopse de evidências. *Revista Diagnóstico E Tratamento*• Volume 26• Edição 4, 170.

Roca, O. F. (2001). *Telemedicina*. Ed. Médica Panamericana.

Roig, Francesc, & Saigí, Francesc. (2011). Barreras para la normalización de la telemedicina en un sistema de salud basado en la concertación de servicios. *Gaceta Sanitaria*, 25(5), 397-402

- Ross, J., Stevenson, F., Dack, C., Pal, K., May, C., Michie, S., ... & Murray, E. (2018). Developing an implementation strategy for a digital health intervention: an example in routine healthcare. *BMC health services research*, 18(1), 1-13.
- Starfield, B. (2011). The hidden inequity in health care. *International journal for equity in health*, 10, 1-3.
- Rovere, M. (2004). La salud en la Argentina: alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. *Revista electrónica La Esquina del Sur*.
- Saiso, S. G., Marti, M. C., Pascha, V. M., Pacheco, A., Luna, D., Plazzotta, F., ... & D'Agostino, M. (2021). Barreras y facilitadores a la implementación de la telemedicina en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45.
- Santos, A. D. F. (2006). *Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente*. Editora UFMG.
- Savignano, M. C., Castelli, M., Kassab, S., & Luna, A. (2019). Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"-más de 20 años construyendo telemedicina". *Revista Espanola de Comunicacion en Salud*, 10(1).
- Savignano, M. C. (2021). E-salud e innovación: experiencia de la Red de Telesalud y Comunicación a Distancia de la República.
- Servicios Ente Nacional de Comunicaciones (2020). Indicadores de mercado. Tercer Trimestre de 2020. Disponible en: <https://indicadores.enacom.gob.ar/Informes>. [Consultado en 10-10-2022].
- Scheffer, M., Cassenote, A., de Britto e Alves, MTSS, & Russo, G. (2022). Os múltiplos usos da telemedicina durante a pandemia: as evidências de uma pesquisa transversal com médicos no Brasil. *Globalização e Saúde*, 18 (1), 81.
- Scott, R. E., & Lee, A. (2005). E-health and the Universitas 21 organization: 3. Global policy. *Journal of telemedicine and telecare*, 11(5), 225-229.
- Shah, B. R., & Schulman, K. (2021). Do not let a good crisis go to waste: health care's path forward with virtual care. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2(2).
- Shulver, W., Killington, M., & Crotty, M. (2016). 'Massive potential' or 'safety risk'? Health worker views on telehealth in the care of older people and implications

for successful normalization. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1), 1-15.

Sisk, B., Alexander, J., Bodnar, C., Curfman, A., Garber, K., McSwain, S. D., & Perrin, J. M. (2020). Pediatrician attitudes toward and experiences with telehealth use: results from a national survey. *Academic pediatrics*, 20(5), 628-635.

Smith, A. C., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., & Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*, 26(5), 309-313.

Sociedad de Sistemas de Gestión e Información en Salud (2013). *Dictionary of healthcare information technology terms, acronyms, and organizations*. 3rd ed. Chicago.

Sood, S., Mbarika, V., Jugoo, S., Dookhy, R., Doarn, C. R., Prakash, N., & Merrell, R. C. (2007). What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemedicine and e-Health*, 13(5), 573-590.

Stanberry, B. (2000). Telemedicine: barriers and opportunities in the 21st century. *Journal of internal medicine*, 247(6), 615-628.

Tobar, F. (2012). *Breve historia del sistema argentino de salud. Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: La Editorial La Ley.

Tobar, F., Olaviaga, S., & Solano, R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. *Documento de Políticas Públicas. Análisis*, (108).

Tobar, F. (2017). *El modelo de salud argentino: Historia, características, fallas*, F. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS/OMS en Argentina.

Torrent J, Ficapal P (2009). *TIC, conocimiento, redes y trabajo*. Barcelona: Ediciones de la Universitat Oberta de Catalunya.

Truskowski, M., Rodríguez, E., & Haimovich, A. (2020). Telemedicina en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: Desarrollo de una nueva modalidad asistencial. *Med. infant*, 138-144.

- Unión Internacional de Telecomunicaciones (2021a). Legislación y reglamentación de la Telemedicina en Argentina, Brasil, España, Italia y Panamá. Disponible en: <https://iila.org/wp-content/uploads/2022/01/Estudio-Normativa-Telemedicina-Paises-socios-Proyecto-ESP.pdf> [Consultado en 10-10-2022].
- Unión Internacional de Telecomunicaciones. 2021. El impacto económico de la banda ancha y la digitalización. Disponible en: https://www.itu.int/dms_pub/itu-d/opb/pref/D-PREF-EF.COV_ECO_IMPACT_B-2021-PDF-E.pdf [Consultado en 10-10-2022].
- Van Velsen, L., Wildevuur, S., Flierman, I., van Schooten, B., Tabak, M., & Hermens, H. (2016). Trust in telemedicine portals for rehabilitation care: An exploratory focus group study with patients and healthcare professionals. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16(1), 1–12.
- Venturini, A. H. (2015). The earliest-known extant motion picture of anesthesia in the world was filmed in Buenos Aires. *Journal of Anesthesia History*, 1(2), 55-57.
- Veronelli, J. C., & Veronelli Correch, M. (2004). Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina v. 1 y 2. In *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina v. 1 y 2* (pp. 2-v).
- Vidal-Alaball, J., Acosta-Roja, R., Hernández, N. P., Luque, U. S., Morrison, D., Pérez, S. N., ... & Seguí, F. L. (2020). Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Atencion primaria*, 52(6), 418-422.
- Viloria Núñez, C., (2009). Tecnologías de la información para la educación, investigación y aplicación en el área de la salud. *Bondades y retos. Salud Uninorte*, 25(2), 331-349.
- Von Wangenheim, A., Nunes, D. H., & KONESKI, J. (2018). Direct Impact on Costs of the Teledermatology-Centered Patient Triage in the State of Santa Catarina. Florianópolis: Instituto Nacional para Convergência Digital-Universidade Federal de Santa Catarina, 9-13.
- Walker, J., & Whetton, S. (2002). The diffusion of innovation: factors influencing the uptake of telehealth. *Journal of telemedicine and telecare*, 8(3_suppl), 73-75.
- Wang, J., & Wang, Z. (2020). Strengths, weaknesses, opportunities and threats (SWOT) analysis of China's prevention and control strategy for the COVID-

- 19 epidemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2235.
- Ward, R. (2013). The application of technology acceptance and diffusion of innovation models in healthcare informatics. *Health Policy and Technology*, 2(4), 222-228.
- Waschkau, A., Flägel, K., Goetz, K., & Steinhäuser, J. (2020). Evaluation of attitudes towards telemedicine as a basis for successful implementation: A cross-sectional survey among postgraduate trainees in family medicine in Germany. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 156–157, 75–81.
- Wernhart, A., Gahbauer, S., & Haluza, D. (2019). eHealth and telemedicine: Practices and beliefs among healthcare professionals and medical students at a medical university. *PloS one*, 14(2), e0213067.
- Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., ... & Tchong, J. (2020). Telehealth transformation: COVID-19 and the rise of virtual care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957-962.
- Zanaboni, P., & Lettieri, E. (2011). Institutionalizing telemedicine applications: the challenge of legitimizing decision-making. *Journal of medical Internet research*, 13(3), e1669.
- Zanaboni, P., & Wootton, R. (2012). Adoption of telemedicine: from pilot stage to routine delivery. *BMC medical informatics and decision making*, 12(1), 1-9.
- Zayapragassarazan, Z., & Kumar, S. (2016). Awareness, knowledge, attitude and skills of telemedicine among health professional faculty working in teaching hospitals. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(3), JC01–JC04.
- Zundel K. M. (1996). Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bulletin of the Medical Library Association*, 84(1), 71–79.

XVII. Anexo I

Consentimiento de participación y confidencialidad de información

La presente investigación es realizada por la investigadora Cecilia Melech, alumna de la Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud de la UNR (Universidad Nacional de Rosario) como parte de la elaboración de la tesis denominada “Los factores facilitadores y las barreras existentes en el uso e implementación de la telemedicina en el contexto de la pandemia del Covid-19 en los años 2020-2021 en las instituciones de salud pública de la Provincia de Santa Fe en Argentina”

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá que responda preguntas en una entrevista semiestructurada en línea. Esto tomará aproximadamente de 20 a 40 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información recolectada será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, no traerá ningún beneficio material o económico.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el mismo. Asimismo, podrá retirarse del proyecto en cualquier momento sin que ello le perjudique en modo alguno. Si alguna de las preguntas durante la entrevista te parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber la investigadora o de no responderlas.

Si tiene preguntas sobre su participación en este estudio, puede comunicarse con la investigadora Cecilia Melech al 341 5604283 o por correo electrónico cecilia.melech@gmail.com

Desde el momento en que registra su correo electrónico y contesta las preguntas, se entiende que usted ha accedido voluntariamente a participar en la investigación y está de acuerdo con toda la información proporcionada.

Por favor registre su dirección de correo electrónico.

Gracias.

E-mail:

XVIII. Anexo II

Entrevista semiestructurada referente a la tesis “Los factores facilitadores y las barreras existentes en el uso e implementación de la telemedicina en el contexto de la pandemia del Covid-19 en los años 2020-2021 en las instituciones de salud pública de la Provincia de Santa Fe en Argentina”

Información importante

Todas las preguntas están relacionadas con el uso de la telemedicina como herramienta de gestión, responda de acuerdo a su conocimiento del sector. Le recuerdo que desde el momento en que responde a las preguntas se entiende que ha accedido voluntariamente a participar en la investigación y está de acuerdo con toda la información proporcionada.

En este estudio entendemos la telemedicina tal y como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la prestación de servicios sanitarios (donde la distancia es un factor determinante) por parte de profesionales sanitarios mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento, prevención de enfermedades, investigación y evaluación y para la formación continua de los profesionales de la salud, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y las comunidades”.

Desde ya, le agradecemos su participación.

1. ¿La empresa donde usted trabaja, es del sector público, privado o de laseguridad social?

(Marcar solo una alternativa)

- Sector publico
- Sector privado
- Seguridade social

2. ¿Que rol cumple dentro de la institución?

3. ¿Utiliza actualmente la telemedicina como herramienta de gestión?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí, mucho (una utilización del 75 al 100%)
- Sí, médio (una utilización del 50 al 75%)
- Sí, poco (una utilización del 25 al 50%)
- Sí, muy poco (una utilización de hasta 25%)
- No (una utilización de 0%)

4. ¿Ya utilizaban la telemedicina antes de la pandemia Covid19?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí, mucho (una utilización del 75 al 100%)
- Sí, médio (una utilización del 50 al 75%)
- Sí, poco (una utilización del 25 al 50%)
- Sí, muy poco (una utilización de hasta 25%)
- No (una utilización de 0%)

5. ¿Si su institución ya utilizaba la telemedicina antes del contexto pandémico, describa si hubo algún cambio o fue necesario adaptar el uso de la telemedicina en el nuevo contexto?

6. ¿Si la telemedicina en su institución fue implementada debido al contexto pandémico, describa cómo fue el proceso de implementación?

7. ¿Se ha definido un responsable capacitado para el área de telemedicina?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí
 No

8. ¿Se ha invertido algún recurso en su institución para mejorar los insumos relacionados con el uso de la telemedicina?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí, mucho
 Sí, poco
 No, lo que ya estaba disponible fue mejorado
 No, nada

9. ¿La cantidad, calidad y disposición de las computadoras posibilita la generación de información oportuna e integral?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí, siempre
- A veces
- Nunca

10. ¿Los usuarios de los servicios poseen una conexión ágil a internet?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí, entre el 50 y 100% de los usuarios posee
- Sí, entre el 25 y el 50% de los usuarios posee
- Sí, por debajo del 25% de los usuarios posee
- No

11. ¿Se resuelve cualquier inconveniente en la red informática y sus elementos de manera de no interrumpir la labor diaria?

(Marcar solo una alternativa)

- Siempre
- A veces
- Nunca

12. ¿Se realizó capacitación con profesionales para que conozcan como utilizar el sistema?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí, con todos

- Sí, pero solo con algunos
- No

13. ¿De acuerdo con la seguridad de información, cree que resguardan los datos y componentes del sistema de información de potenciales contingencias?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí
- No
- No sé, nunca se ha hablado sobre esto

14. ¿Aún sobre la seguridad de datos, existe un mecanismo de permisos a diferentes tipos de información según tipo de usuario?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí
- No

15. ¿Posee un software para la telemedicina abarcativo e integral, que comprenda la totalidad de los procesos que se realizan y los objetivos planteados?

(Marcar solo una alternativa)

- Sí, poseemos el software y comprende la totalidad de los procesos
- En partes, poseemos el software, pero no comprende la totalidad de los procesos
- No, no poseemos el software

16. ¿Desde su punto de vista, cuales fueron y son los aspectos positivos internos de su empresa para la correcta implementación y funcionamiento de latelemedicina?

17. ¿Cuáles son los elementos, o factores externos que cree que pudieron aprovechar, o sea, alguna ventaja que tuvieron para la implementación de latelemedicina en este contexto pandémico?

18. ¿Cuáles son los aspectos internos de su empresa que identifica que ser consideradas debilidades en relación a la utilización de la telemedicina? Por ejemplo los costos con los softwares, capacitación de los profesionales, los insumos necesarios, etc...

19. ¿Desde su perspectiva, cuáles fueron los obstáculos externos que enfrentaron para la implementación integral de la telemedicina? Por ejemplo, rechazo de los sindicatos, de los usuarios, problemas legales...

20. ¿Cree que se poseen las herramientas necesarias para una implementación eficaz de la telemedicina o nota que puede haber algún problema estructural que lo impida?

21. ¿Cómo la telemedicina puede beneficiar, desde su punto de vista, a los usuarios y qué beneficios trae para la organización en materia de gestión?

22. Si tienes más alguna cuestión que comentar sobre el uso de la telemedicina en tu trabajo que no hayan sido abordadas por ninguna de las preguntas anteriores, te dejo este espacio para que lo utilices.
