



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA**

**FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES  
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

**DIRECCIÓN DE SEMINARIOS**

**DIRECTOR DE SEMINARIO:** Pablo Martín Labombarda<sup>1</sup>

**BIOÉTICA Y DERECHO**

**1º CUATRIMESTRE 2024**

**ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO ARGENTINO DE  
TELEMEDICINA DESDE UNA PERSPECTIVA DE BIOÉTICA**

**AUTOR:** Juan Cruz Spinosa<sup>2</sup>

**Nº DE LEGAJO:** 136209/6 | **DNI:** 41858176

**CORRESPONDENCIA:** [JUANCRUZSPINOSA@GMAIL.COM](mailto:JUANCRUZSPINOSA@GMAIL.COM)

**FECHA DE ENTREGA:** 27-08-2024

---

<sup>1</sup> Abogado UCALP. Especialista en Derecho Civil UNLP, Especialista en Bioética FLACSO Argentina, Maestría en Bioética y Derecho -Universidad de Barcelona-. Miembro suplente del Comité de Ética en Investigación "Framingham".

<sup>2</sup> Estudiante de Abogacía JURSOC, UNLP.

**Sumario:** Este trabajo explora la telemedicina en Argentina, abordando su definición, evolución histórica, implicancias bioéticas y marco legal. Se destaca la creciente adopción de la telemedicina, que ha mejorado el acceso a la atención médica, especialmente en áreas remotas. Se analiza la importancia de los principios bioéticos como la autonomía, la justicia y la no maleficencia en la práctica telemédica, señalando desafíos como la protección de la privacidad y la equidad en el acceso. El estudio también revisa el marco normativo argentino, que ha evolucionado, aunque aún requiere ajustes para ser completo. Se concluye que, aunque la telemedicina tiene un gran potencial, es esencial una regulación sólida y más investigaciones independientes para asegurar que sus beneficios se maximicen y sus riesgos se minimicen, manteniendo un enfoque centrado en el paciente y en los principios bioéticos.

**Palabras Clave:** Telemedicina, Telesalud, Salud Digital, E-Salud, Bioética, Ética, Derecho.

**Objetivo:** Demostrar el grado de adherencia a principios bioéticos de la normativa argentina en materia de telemedicina. Sentar una base desde la cual llevar a cabo proyectos de mayor profundidad de la misma temática en el futuro.

**Interrogante:** ¿A grado cumple con los principios bioéticos la normativa de Telemedicina Argentina?

**Abstract:** This work explores telemedicine in Argentina, addressing its definition, historical evolution, bioethical implications, and legal framework. It highlights the growing adoption of telemedicine, which has improved access to healthcare, particularly in remote areas. The importance of bioethical principles such as autonomy, justice, and non-maleficence in telemedical practice is analysed, noting challenges like privacy protection and equitable access. The study also reviews the Argentine regulatory framework, which has evolved but still requires adjustments to be complete. It concludes that while telemedicine has immense potential, solid regulation and more independent research are essential to ensure its benefits are maximized and its risks minimized, maintaining a patient-centred approach and adherence to bioethical principles.

**Keywords:** Telemedicine, Telehealth, Digital Health, E-Health, Bioethics, Ethics, Law.

**Objective:** To demonstrate the degree of adherence to bioethical principles in Argentina's telemedicine regulations. To establish a foundation for conducting more in-depth projects on the same topic in the future.

**Query:** To what extent does Argentina's telemedicine regulation comply with bioethical principles?



# TABLA DE CONTENIDOS

	III. Análisis Bioético.....	
I. Metodología .....	1. Autonomía y Consentimiento Informado... 5.....	
1. Recopilación Bibliográfica .....	A) Desafíos para asegurar la autonomía del	5
A) Estrategia de Recopilación.....	paciente en la telemedicina.....	5
B) Criterios de Inclusión Bibliográfica.....	a) Consentimiento Informado .....	5
C) Análisis de Posibles Sesgos .....	2. Privacidad y Confidencialidad desde la No-	6
II. Resultados de revisión de la Literatura.....	Maleficencia .....	6
1. Telemedicina: Definición y Alcance .....	A) Riesgos para la privacidad del paciente en	6
A) Definición de telemedicina.....	la telemedicina.....	6
B) Historia de Telemedicina.....	3. Principio de Justicia: Equidad y Acceso a la	7
C) Contexto histórico de la Telemedicina	Atención.....	
Argentina.....	A) Impacto de la telemedicina en el acceso a	9
2. Bioética en la Telemedicina .....	la atención médica.....	9
A) Definición de Bioética y sus principios.....	B) Disparidades en el acceso a la tecnología	13
B) Razones para la relevancia de la Bioética	debido al analfabetismo digital.....	13
en la Telemedicina.....	4. Relación Profesional-Paciente .....	20
a) Tendencias contraproducentes a la	A) Efectos de la telemedicina en la relación	
bioética en telemedicina.....	tradicional médico-paciente.....	22
3. Marco Legal y Regulatorio en Argentina .....	IV. Conclusión .....	23
A) Evolución hacia la Regulación existente, su	1. Puntos Clave.....	
relación con la telemedicina y la bioética .....	2. Conflictos de Intereses .....	23
B) Breve vista de marcos de telemedicina de	V. Bibliografía.....	
otros países de la región.....		29

## RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo aborda la telemedicina desde múltiples perspectivas, incluyendo su definición, evolución histórica, contexto en Argentina, implicancias bioéticas y el marco legal regulatorio. A través de un análisis exhaustivo, se examinan los desafíos y oportunidades que la telemedicina presenta en el ámbito de la atención médica, particularmente en el contexto argentino.

**Telemedicina Y Bioética:** Se comienza por definir la telemedicina y su evolución a lo largo del tiempo, destacando su creciente adopción en Argentina. La telemedicina es entendida como el uso de tecnologías de la información y comunicación para proporcionar atención médica a distancia, lo que ha permitido una expansión significativa del acceso a la salud, especialmente en regiones con limitaciones geográficas. Se profundiza en los principios bioéticos que deben guiar la práctica de la telemedicina, como la autonomía, no maleficencia, justicia y beneficencia. Se analizan las tendencias que pueden contradecir estos principios en la práctica telemédica, resaltando la importancia de un enfoque bioético sólido para garantizar el respeto de los derechos y la dignidad del paciente.

**Marco Regulatorio en Argentina y su Análisis Bioético:** El análisis legal incluye una revisión del marco normativo argentino, que ha demostrado capacidad de adaptación y evolución para integrar principios bioéticos. Sin embargo, se reconoce que aún existen aspectos por desarrollar, especialmente en cuanto a la protección de la privacidad del paciente y la equidad en el acceso a los servicios. Se discuten los desafíos de la telemedicina en relación con la autonomía del paciente, el consentimiento informado, la privacidad y la confidencialidad. Además, se evalúa el impacto de la telemedicina en el acceso equitativo a la atención médica y en la relación tradicional médico-paciente, destacando cómo estas dinámicas se ven alteradas en un entorno digital.

**Conclusiones:** El estudio concluye que la telemedicina está en expansión en Argentina y otros países estudiados, y aunque los marcos normativos han avanzado, aún requieren ajustes para ser completamente eficaces desde una perspectiva bioética. También se identifica una necesidad urgente de más estudios nacionales independientes sobre telemedicina para reducir sesgos y de un análisis bioético más profundo por expertos en la materia. En resumen, la telemedicina representa una herramienta poderosa para mejorar el acceso a la salud, pero su implementación debe estar cuidadosamente regulada y orientada por principios bioéticos robustos para maximizar sus beneficios y minimizar posibles perjuicios.

# I. Metodología

## 1. Recopilación Bibliográfica.

### A) *Estrategia de Recopilación*

Se realizó una búsqueda de bibliografía sistemática acorde a lineamientos PRISMA<sup>3</sup> para identificar obras relacionadas al tópico seleccionado, llevando a cabo búsquedas en las siguientes bases de datos: PubMed<sup>4</sup>, Elicit<sup>5</sup>, Sedici<sup>6</sup> y Google Scholar<sup>7</sup>. Para complementar los resultados encontrados dentro de las anteriores bases de datos, se utilizó LitMaps<sup>8</sup> buscando obras relacionadas a las seleccionadas en principio. Las palabras de la primera búsqueda en aras de obtener contexto respecto de la disciplina fueron: Historia de la Y / O Telemedicina O Telesalud O Teleconsultas. En una segunda búsqueda con el objetivo de contextualizar la disciplina dentro del país relevante fueron: Telemedicina O Telesalud O teleconsultas Y Argentina. Para Para poder conectar esta disciplina médica con la temática del seminario se hizo una última búsqueda conteniendo los siguientes términos: Bioética O Ética Y Telemedicina O Telesalud O Teleconsultas<sup>9</sup>. Para manejo de fuentes se utilizó Mendeley Reference Manager<sup>10</sup>.

Esta estrategia encontró 65 obras pertinentes a la misma. Tras una exclusión preliminar de duplicados, se redujo la cantidad de estas a 55. La totalidad de estos fueron adquiridos para lectura en profundidad. Aquellas que no se ajustaron a los Criterios de Inclusión Bibliográfica, posteriormente expuestos, fueron descartados para llegar a la cantidad final de 35. Para el apartado normativo se utilizó una búsqueda dentro del atlas temático de LegiSalud<sup>11</sup> para identificar aquellas leyes, decretos, entre otros, relevantes a la temática del proyecto de investigación y del seminario.

### B) *Criterios de Inclusión Bibliográfica.*

---

<sup>3</sup> <https://www.prisma-statement.org>

<sup>4</sup> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

<sup>5</sup> <https://elicit.com>

<sup>6</sup> <https://scholar.google.com>

<sup>7</sup> <https://sedici.unlp.edu.ar>

<sup>8</sup> <https://www.litmaps.com>

<sup>9</sup> Las búsquedas fueron realizadas tanto en inglés como en español.

<sup>10</sup> <https://www.mendeley.com>

<sup>11</sup> <http://www.legisalud.gov.ar/atlas/temas.html>

Las obras incorporadas por las primeras tres búsquedas fueron sometidas a los siguientes parámetros:

- Que estén elaboradas en inglés o español, o en su defecto que tengan traducción oficial en alguna de las anteriores lenguas.
- Que posean un abstract o síntesis.
- Que, en el desarrollo de estos, traten sobre la temática de su búsqueda respectiva (historia de telemedicina, telemedicina argentina, bioética y telemedicina).
- Que, en la medida de lo posible, sean de acceso público / no arancelado.

### **C) Análisis de Posibles Sesgos**

Algunos de los trabajos (Urtubey & Petrich, 2002), (Briggiler & Chicote, 2017), (Ledesma Solaeche et al., 2022), contienen advertencias de posibles sesgos ya que los autores poseen una relación de dependencia o pertenencia con sus objetos de su estudio, por lo que es posible que sus conclusiones presentadas estén sesgadas, posiblemente afectando las conclusiones a las que puede arribarse.

Debido al tiempo limitado para el proyecto de investigación, el análisis de las obras obtenidas cuya extensión fuera superior a las 100 páginas, exceptuando normativa, se realizó solo en las secciones que a *prima facie* resultaran relevantes al proyecto, por lo que puede que parte de la información, tal vez incrustada en otros fragmentos de aparente irrelevancia, no haya sido posible extraerla para ser evaluada limitando las conclusiones a las que se puede llegar.

Por último, aquellas obras que se encuentran dentro de jornales y revistas aranceladas para su lectura completa no fueron tenidas en cuenta al no poder acceder a las mismas. Esto limita parcialmente las conclusiones a las que se pueden llegar.

## **II. Resultados de revisión de la Literatura**

### **1. Telemedicina: Definición y Alcance**

#### **A) Definición de telemedicina.**

La telemedicina, desde un punto de vista etimológico, se refiere a la práctica de la medicina a distancia. Este término deriva del griego -τελε (tele), que significa "lejos, a distancia", y del latín medicina (medicina). La primera vez que se empleó fue en la década de 1970 (Adriano Moran, 2012), vinculado al uso de las TIC para ofrecer atención médica de manera remota. Por lo general, esta modalidad implica la participación de un médico en ambas partes de la prestación del servicio. De esta manera, desde un punto de vista semántico, al agregar el prefijo "tele" a una especialidad médica, se puede hablar de telemedicina. Se considera que la telemedicina podría ser esencial como una alternativa para practicar la medicina, especialmente en situaciones donde las limitaciones de comunicación presencial persisten entre pacientes en áreas remotas y médicos especialistas que suelen residir en zonas urbanas. Sin embargo, no existe una definición unánime aceptada por todos los defensores de la telemedicina. (Wootton et al., 2019). Lo que todas las aplicaciones de telemedicina tienen en común es que un cliente, ya sea un paciente o un trabajador de la salud, recibe una opinión de un experto en el campo relevante cuando las partes están separadas por el tiempo, la distancia, o ambos. (Vítolo, 2021). Por ejemplo, la American Telemedicine Association (ATA) define la telemedicina como "el uso de información médica intercambiada entre un lugar y otro a través de comunicaciones electrónicas para mejorar la salud de los pacientes". (Adriano Moran, 2012) También se describe como "la práctica médica a distancia, donde la transmisión de información y datos relacionados con el diagnóstico y tratamiento, así como la educación sobre condiciones médicas, se realiza a través de redes de comunicación electrónica" (Gianfelici, 2022).

Es fundamental recordar que la enseñanza de la medicina forma parte integral de la telemedicina, ya que los pacientes merecen recibir atención de los mejores médicos. El aprendizaje a distancia, las herramientas electrónicas de educación, la educación médica continua, las teleconferencias, el *telementoring* y la teleenseñanza fueron aspectos recurrentes en los artículos revisados. Además, es importante recalcar que los pilares de la telemedicina incluyen el acceso de los pacientes a la mejor atención disponible, la equidad en la atención médica, y la calidad en cada decisión terapéutica. (de Arteche et al., 2020).

## ***B) Historia de Telemedicina.***

Los orígenes de la telemedicina se remontan a los primeros trazados electrocardiográficos realizados por Willem Einthoven (1860-1927) en 1906. Utilizó cables telefónicos para transmitir los impulsos eléctricos de los corazones de pacientes hospitalizados en el Hospital Académico de Leyden, situado a una milla de su laboratorio fisiológico, y llamó a



esta práctica “telecardiograma”. Con el avance de las telecomunicaciones, surgieron servicios de asistencia médica a través del telégrafo, teléfono o radio. Un ejemplo destacado fue el Centro Internazionale Radio Médico, fundado en 1935 por Guido Guida y Guglielmo Marconi en Italia, que durante 17 años brindó asistencia a navegantes en alta mar. En la década de 1950, el Dr. John K. Mackenzie demostró la viabilidad de la televisión en la práctica médica, realizando más de 300 videoconferencias que también impulsaron la tele-educación en prácticas quirúrgicas. En 1994, durante una reunión de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (ITU), se destacó que “El uso generalizado de los servicios de telemedicina podría permitir un acceso universal a la salud y facilitar la solución de los principales problemas de salud relacionados con enfermedades infecciosas, pediatría, cardiología, etc., especialmente en áreas donde las estructuras médicas eran inadecuadas o inexistentes”.

La telemedicina tenía un gran potencial para apoyar a los trabajadores de atención primaria en áreas remotas y mejorar la comunicación con el sector hospitalario. Sin embargo, “Uno de los principales impedimentos para el desarrollo de una mejor atención sanitaria en África era la limitada capacidad de los profesionales de la salud para compartir y colaborar en investigaciones, consultar con colegas y expertos médicos, y rastrear enfermedades infecciosas y emergentes” (Wootton, 1997). El problema, incluso en contexto histórico, con la tecnología no era el costo; representaba una pequeña fracción del presupuesto en comparación con los costos de mantenimiento y apoyo diario. Si se creía que la telemedicina podía mejorar la atención médica, también existía un deber moral de asegurarse de que se probara y evaluara adecuadamente. Esto permitiría tomar decisiones racionales sobre la asignación de recursos en los países en desarrollo (Mitka, 1996). Aunque se habían publicado muchos informes sobre telemedicina en países en desarrollo, los estudios revisados por pares eran escasos, lo que indicaba que la telemedicina en estas regiones estaba en una etapa temprana y enfrentaba problemas comunes, como la falta de financiamiento a largo plazo y de control de calidad. (Wootton, 2001)

Un verdadero ápice en implementación de telemedicina ocurrió a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI, siendo Teledoc una de las primeras compañías en tener éxito. (Briggiler & Chicote, 2017). La teleconsulta pudo, inicialmente, fortalecer las habilidades locales en países en vías de desarrollo, pero a gran escala generaba una dependencia de costosas exportaciones de conocimiento desde Occidente. Para que la telemedicina tuviera un impacto significativo y seguro en los países en desarrollo, era necesario que agencias globales como la Organización Mundial de la Salud fomentaran estudios sobre su impacto local y establecieran un marco global para garantizar su seguridad y ética (Rigby, 2002). El

desarrollo de directrices sobre los servicios de telemedicina contribuyó en gran medida a mejorar la consistencia y seguridad de estos servicios (Maarop & Than Win, 2009).

La creciente utilización de internet y la recepción de información de salud en línea resaltaron la importancia de abordar los problemas éticos en telemedicina para garantizar la confidencialidad y seguridad de la información de los pacientes (Langarizadeh et al., 2017). A pesar de los avances, muchas organizaciones aún no estaban preparadas para la transformación digital, especialmente debido a la falta de historias clínicas digitales y la necesidad de interfaces diversas para la transmisión de datos (de Arteché et al., 2020). La telemedicina fue acelerada por la urgencia derivada de la pandemia del SARS-CoV-2 (Garrido Sanjuán, 2021; Pellegrini et al., 2021).

### **C) Contexto histórico de la Telemedicina Argentina.**

Argentina posee un vasto territorio y una distribución poblacional particular, lo que genera una desigual administración de recursos y oportunidades. En el ámbito de la salud, existen algunas ciudades importantes con una atención médica de alta calidad, pero también muchas localidades pequeñas que enfrentan servicios deficientes y aislamiento profesional. Esto resulta en varias consecuencias, como la falta de disponibilidad de especialistas, el aislamiento académico de los profesionales, derivaciones innecesarias a centros de mayor complejidad, e incluso problemas de mortalidad cuando no es posible la derivación oportuna del paciente.

La primera iniciativa de telesalud en Argentina surgió en 1986 gracias a esfuerzos individuales, particularmente el primer intercambio de correo electrónico entre el Dr. Alberto Barendols, director del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, y el Dr. Trevor Craddock de London, Ontario, Canadá. Ese mismo año, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se involucró en el área y apoyó el desarrollo de la Red Académica Nacional entre Washington y Argentina. Esto llevó a la creación de un software fácil de usar (PCCORREO) que fue instalado en todos los hospitales. En 1989, Argentina ocupaba el segundo lugar después de Canadá en el ranking de instituciones de salud en línea. En solo tres años, el país había conectado más de 2,000 de sus instituciones. En 1992, la Asociación de Informática Médica organizó el Primer Congreso Mundial de Informática Médica con más de 900 participantes. Ya existía un interés en la telemedicina y la informática en salud, y los profesionales argentinos estaban muy entusiasmados con participar en este proceso. Una vez instaladas las redes de comunicación para conectar los hospitales, se les animó a acceder a información y utilizar el

correo electrónico (1993), a pesar de que los servicios completos de Internet aún no estaban disponibles. A través de la OPS, la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM) y el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos (NCI) firmaron acuerdos en Washington que facilitaron el acceso a la información para los profesionales de la salud (Oliveri, 2011). Otro hito importante fue el primer Congreso Virtual de Cardiología en línea en 1999, organizado por la Federación Argentina de Cardiología (FAC) (Oliveri, 2011). La Comisión Nacional de Actividades Espaciales (CONAE) comenzó a desarrollar actividades en Telemedicina en tres áreas de trabajo desde 1997: Servicios, Investigación y Desarrollo, y Promoción de Nuevas Tecnologías. En el área de Servicios, la Agencia Espacial Argentina definió como objetivo básico "el uso de tecnologías disponibles y de bajo costo para mejorar la calidad del servicio médico en áreas remotas, socializar el conocimiento y la calidad médica". Para cumplir con estos objetivos, se diseñó una red informática de Telemedicina con los recursos tecnológicos y de comunicaciones accesibles en el país (Lamfri et al., 2000).

Los fundamentos esbozados para el proyecto de telemedicina incluyeron la imposibilidad de contar con una segunda opinión en diagnósticos y en la toma de decisiones frente a casos que requieren especialistas. Además, se mencionó la necesidad de actualización continua en cuanto a técnicas, novedades científicas y medicamentos, es decir, en la formación continua y enriquecimiento profesional. La capacitación no es una tarea sencilla, especialmente considerando que en muchas ocasiones se trata con personal adulto que responde con cierta inercia al aprendizaje de nuevas tecnologías. Sin embargo, los profesionales jóvenes muestran mayor interés en este sentido.

En general, alrededor del 15 % de los médicos interesados ya tenían conocimientos previos de computación, el 45 % estaban interesados en capacitarse, y el 40 % restante asistían a las charlas iniciales, pero expresaban que no les interesaba el tema. La CONAE desarrolló actividades en Telemedicina en tres áreas: Servicios, Investigación y Desarrollo, y Promoción de Nuevas Tecnologías, con el objetivo de usar tecnologías de bajo costo para mejorar la calidad del servicio médico en áreas remotas (Lamfri et al., 2000).

En julio de 1999, el gobierno argentino decidió ampliar la red nacional de telemedicina existente de ocho a 108 hospitales y escuelas de medicina. Para financiar el proyecto, la administración permitió al gobierno solicitar el pago de multas a las empresas de servicios públicos. Entre septiembre de 1999 y abril de 2000, nueve instituciones recibieron estaciones de trabajo modernas de telemedicina. Además, 12 hospitales recibieron un sistema similar, pero con conexión menor; 17 instituciones fueron equipadas con

computadoras de videoconferencia de sin periféricos; y 68 hospitales recibieron una sola PC de bajo costo. Se enviaron dos sistemas basados en PC a estaciones en la Antártida.

En marzo de 2000, todos los proyectos públicos en tecnologías de la información y comunicaciones (TIC) se agruparon en un Programa Nacional de Sociedad de la Información. En junio de ese año, un nuevo equipo de telemedicina se encargó del programa nacional de telemedicina, el más grande de América Latina. Sin embargo, no se prepararon cursos de formación, ni se proporcionaron materiales del proyecto, salvo una nota de entrega de equipo del gobierno a los hospitales. Así, no había guías nacionales o regionales, ni metodología u objetivos a seguir. Por lo tanto, los profesionales de la salud no sabían cómo usar las estaciones de trabajo y solo una minoría tenía alguna noción del concepto de telesalud. No había diseño de arquitectura de red, publicaciones de mejores prácticas, ni indicaciones sobre con quién debería desarrollar cada hospital su actividad de telemedicina. Solo el 10% de los sitios tenía algún tipo de conexión.

En septiembre de 2000, una delegación de la UIT visitó Buenos Aires. Se centraron en las altas potencialidades operativas de tener tanta infraestructura TIC y recursos humanos en un único programa gubernamental. Entendiendo esto, los encargados crearon un proyecto ambicioso para la Agencia Nacional de la Sociedad de la Información. Sin embargo, requería un nivel de gasto que no se pudo realizar en un momento de crisis económica. El presupuesto de TIC se basaba en un sistema de reducciones fiscales para compensar el financiamiento de programas de telecomunicaciones sociales por parte de empresas privadas. Fue sobrestimado porque no se esperaba la depresión económica.

La implementación del programa contradecía en gran medida toda la sabiduría recibida sobre proyectos de telemedicina tales como lo estipulado por (Wootton, 1997). No se realizaron estudios preliminares de necesidades específicas de salud. No hubo trabajo previo sobre guías ni objetivos comunes para la investigación. No se proporcionó capacitación en informática ni preparación para trabajar con herramientas TIC para el personal profesional de los hospitales. Como estaba sucediendo en otros países durante el período (Maarop & Than Win, 2009): un sistema de telemedicina excesivamente sofisticado a menudo requería una capacitación significativa y demandaba tiempo para familiarizarse con el sistema. No hubo un equipo de seguimiento. No se establecieron criterios de evaluación para guiar el seguimiento, ni ningún tipo de auditoría médica. El 90% del equipo no pudo ser probado en línea y no se realizó ninguna transmisión de telemedicina de ningún tipo. Las estaciones de trabajo de telemedicina se entregaron, pero no se instalaron en el

75% de las instituciones. No se planificó soporte técnico ni se ofreció ayuda en línea. No se incluyeron manuales de usuario con el equipo (Urtubey & Petrich, 2002).

Los primeros pasos hacia una mayor orientación al mercado y a la sociedad comenzaron a fortalecerse con la firma de convenios entre el Hospital Garrahan y varios hospitales públicos en distintas jurisdicciones del país. Estos convenios tenían como objetivo implementar Oficinas de Comunicación a Distancia (OCD) en cada centro asistencial, permitiendo a los profesionales realizar consultas sobre diagnóstico, seguimiento y tratamiento de pacientes a través de canales tecnológicos previamente establecidos. Para asegurar su continuidad, estos convenios se renovaban automáticamente. A partir del año 2000, la OCD Garrahan comenzó a explorar formas de fortalecer la colaboración entre los equipos de salud de distintos hospitales. Entre 2003 y 2006, la OCD Garrahan firmó acuerdos interinstitucionales con el Consejo Federal de Inversiones (CFI) y la Universidad Tecnológica Nacional (UTN), facilitando el uso de las salas de videoconferencias en sus sedes provinciales por equipos de salud de todo el país.

Hacia finales de 2010, se logró una convergencia y coordinación de recursos que no solo consolidó estas iniciativas, sino que también aseguró la durabilidad y estabilidad de las conexiones en el tiempo. En noviembre de 2011, el Hospital Garrahan firmó un convenio con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva para ejecutar el proyecto "Desarrollo e innovación de un modelo de comunicación interhospitalaria para la atención y seguimiento de pacientes a distancia". En algunas OCD, este proceso de integración se llevó a cabo rápidamente, mientras que en otras tomó meses. La distribución masiva de equipos de videoconferencia comenzó en 2012 y se extendió hasta 2014. En 2015, el Hospital Garrahan creó el Programa Nacional de Telemedicina Pediátrica, designando a la OCD Garrahan como el Centro Coordinador del Programa Nacional de Telesalud Pediátrica.

Los referentes de la OCD Garrahan, junto con profesionales del Ministerio de Salud de la Nación, del Ministerio de Modernización y de la empresa estatal ARSAT, desarrollaron un entorno web para el intercambio de información sobre pacientes a distancia, con fines de diagnóstico, tratamiento o seguimiento.

A finales de 2015, la estrategia impulsada por el Programa Nacional de Ciber salud tuvo que modificarse debido a la disolución del Ministerio de Planificación Federal. Como resultado, el Ministerio de Salud replanteó la estrategia, limitando el alcance del programa a su propio ámbito. En 2019, se lanzó el Programa Nacional de Telesalud, enfocado en tres ejes

principales: gobernanza y rectoría de la telesalud a nivel nacional, gestión del plan nacional y desarrollo de programas de telemedicina y teleeducación.

En 2021, el Plan Nacional de Telesalud anunció una serie de medidas para mantener las modalidades adoptadas por las OCD Telesalud en el nuevo contexto, incluyendo el financiamiento de prestaciones a distancia incluidas en el Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar. Esto también permitió la incorporación de nuevos hospitales nacionales, como el Hospital en Red Lic. Laura Bonaparte, como un referente de salud mental en la red federal de Telesalud. A finales de 2021, se reanudaron las jornadas federales organizadas por la OCD Telesalud Garrahan y el Programa Nacional de Telesalud. En 2022, cada institución trabajó para restablecer la oferta presencial de servicios, mientras la red desplegada por las OCD Telesalud durante la pandemia se contrajo, reduciendo el flujo de actores e intermediarios. La pandemia forzó una reconversión de las instituciones, aprovechando la experiencia previa de las OCD Telesalud y potenciando su alcance.

En el período post pandemia, se enfatizó la complementariedad de las prestaciones a distancia en todas sus modalidades. Se destinaron esfuerzos para sostener las actividades básicas de las OCD Telesalud y se desarrollaron adaptaciones para posicionar las prestaciones a distancia como parte de un proceso híbrido de atención de salud.

A finales de 2022, las más de 300 OCD Telesalud se convirtieron en intermediarios clave en cada institución, mediando en los conflictos entre actores antiguos y nuevos debido a su rápida expansión y la descentralización de sus componentes dentro de las estructuras asistenciales. Como red colaborativa, integraron lo local, regional, provincial y nacional, resignificando tanto la estructura básica como lo coyuntural. La incorporación de las OCD Telesalud en los establecimientos públicos de salud de Argentina implicó el desarrollo de nuevas capacidades en la atención y gestión de servicios de salud, alterando significativamente la organización de las instituciones participantes. (Rampi, 2024)

## **2. Bioética en la Telemedicina**

### ***A) Definición de Bioética y sus principios.***

La bioética es la investigación de los problemas morales que surgen a partir de los avances en la ciencia y la medicina. También se refiere al juicio ético en relación con las políticas y prácticas clínicas. La bioética se preocupa por las cuestiones éticas que emergen en las interacciones entre las ciencias de la vida, la biotecnología, la medicina y la ética clínica, así

como su relación con la política, el derecho, la teología y la filosofía. Incluye el estudio de los valores relacionados con la atención primaria y diferentes áreas de la medicina. La ética también se relaciona con muchas otras ciencias fuera del ámbito de las ciencias biológicas.

La bioética, como parte de la ética aplicada, revisa los problemas filosóficos, sociales y legales que surgen en la medicina y las ciencias biológicas. Aunque se centra, principalmente, en la vida y el bienestar humano, a veces también aborda cuestiones éticas relacionadas con el entorno biológico no humano.(Gayatri M, 2021)

Fue precedida por la ética médica, que se centraba en cuestiones que surgían de la relación médico-paciente. La antigua literatura hipocrática (que incluye, pero no se limita al Juramento Hipocrático) insta a los médicos a usar su conocimiento y habilidades para beneficiar a los enfermos, curar y no dañar, preservar la vida, y mantener en la más estricta confidencialidad la información que no debe ser divulgada (aunque no se detalla con precisión qué debe mantenerse en secreto). Estos valores y principios básicos siguen siendo una parte esencial de la bioética contemporánea.(Steinbock, 2007). El término "bioética" fue acuñado a principios de la década de 1970 por biólogos que trajeron a la atención pública dos cuestiones urgentes: la necesidad de mantener la ecología del planeta, de la cual depende toda la vida, y las implicancias de los avances en las ciencias de la vida hacia la manipulación de la naturaleza humana. En sus inicios, los temas centrales en la bioética fueron la investigación con sujetos humanos, la genética, el trasplante de órganos, la muerte y el morir, y la reproducción.

La agencia viene en grados, que la autonomía es un logro, y que el respeto por la autonomía puede requerir nuestro apoyo activo para la agencia de aquellos en circunstancias adversas, incluida la enfermedad mental.

#### a) Respeto por la Autonomía

La palabra "autonomía", derivada del griego autos ("uno mismo") y nomos ("regla", "gobernanza" o "ley"), originalmente se refería al autogobierno de las ciudades-estado independientes. Con el tiempo, la autonomía se ha extendido a los individuos. Un individuo autónomo actúa libremente de acuerdo con un plan elegido por sí mismo, de manera análoga a cómo un gobierno autónomo administra sus territorios y establece sus políticas. En contraste, una persona con autonomía disminuida es sustancialmente controlada por otros o incapaz de deliberar o actuar en función de sus deseos y planes. Por ejemplo, las personas con discapacidades cognitivas y los prisioneros a menudo tienen una autonomía

disminuida. La incapacidad mental limita la autonomía de una persona con una discapacidad mental severa, y la encarcelación restringe la autonomía de un prisionero.

Existen dos condiciones generales esenciales para la autonomía: la libertad (independencia de influencias controladoras) y la agencia (capacidad para la acción intencional). Sin embargo, existe desacuerdo sobre el significado preciso de estas dos condiciones y sobre si se requieren condiciones adicionales para la autonomía. Como primer paso, utilizamos estas condiciones básicas para construir una teoría de la autonomía que creemos adecuada para la ética biomédica.(Steinbock, 2007)

Respetar a los agentes autónomos es reconocer su derecho a tener opiniones, tomar decisiones y actuar basándose en sus valores y creencias. El respeto se manifiesta a través de acciones respetuosas, no simplemente mediante una actitud respetuosa. El principio de respeto por la autonomía requiere algo más que la no interferencia en los asuntos personales de los demás. En algunos contextos, incluye desarrollar o mantener las capacidades de los demás para la elección autónoma, al mismo tiempo que se ayuda a mitigar miedos y otras condiciones que destruyen o interrumpen la acción autónoma. El respeto implica reconocer el valor y los derechos de toma de decisiones de las personas autónomas y permitirles actuar de manera autónoma, mientras que la falta de respeto por la autonomía involucra actitudes y acciones que ignoran, insultan, desprecian o son indiferentes a los derechos de acción autónoma de los demás (Beauchamp & Childress, 2019).

#### b) Beneficencia

El término "beneficencia" denota actos o cualidades de misericordia, amabilidad, amistad, generosidad, caridad, y similares. Se utiliza el término para abarcar la acción benéfica en un sentido amplio que incluye todas las normas, disposiciones y acciones con el objetivo de beneficiar o promover el bienestar de otras personas. La benevolencia se refiere al rasgo de carácter, o virtud, de estar dispuesto a actuar en beneficio de los demás. El principio de beneficencia se refiere a una declaración de una obligación moral general de actuar para el beneficio de otros. Muchos actos de beneficencia moralmente loables no son obligatorios, pero algunos sí lo son.

La beneficencia y la benevolencia han jugado roles centrales en ciertas teorías éticas. El utilitarismo, por ejemplo, se basa en el principio único de beneficencia conocido como el principio de utilidad. Algunos niegan que la moral imponga obligaciones positivas de



beneficencia. Ellos sostienen que la beneficencia es puramente un ideal virtuoso o un acto de caridad, por lo tanto, las personas no violan obligaciones de beneficencia si no actúan de manera benéfica (Beauchamp & Childress, 2019).

Estas opiniones señalan correctamente la necesidad de aclarar, en la medida de lo posible, los puntos en los que la beneficencia es opcional y los puntos en los que es obligatoria. La moral común no contiene un principio de beneficencia que requiera sacrificios severos y altruismo extremo—por ejemplo, poner la vida en grave peligro para proporcionar atención médica o donar ambos riñones para trasplante. Solo los ideales de beneficencia incorporan una generosidad tan extrema. Del mismo modo, no estamos moralmente obligados a beneficiar a las personas en todas las ocasiones, incluso si estamos en posición de hacerlo. Por ejemplo, no estamos moralmente obligados a realizar todos los actos posibles de generosidad o caridad que beneficiarían a otros. Gran parte de la conducta benéfica constituye acción ideal, en lugar de acción obligatoria; y la línea entre una obligación de beneficencia y un ideal moral de beneficencia a menudo es difusa.

#### c) Obligación de No Maleficencia

Las obligaciones de no maleficencia incluyen no solo la obligación de no causar daños, sino también la obligación de no imponer riesgos de daño. Una persona puede causar daño o poner a otra persona en riesgo sin tener intención maliciosa o dañina, y el agente del daño puede o no ser moral o legalmente responsable por los daños causados. En algunos casos, los agentes son causales responsables de un daño que no tenían intención de causar ni sabían que estaban causando (Beauchamp & Childress, 2019). Por ejemplo, si las tasas de cáncer están elevadas en una planta química debido a la exposición a una sustancia química que no se sospechaba como carcinógena, el empleador ha puesto en riesgo a sus trabajadores a través de sus decisiones o acciones, aunque el empleador no haya causado el daño de manera intencional o consciente.(Steinbock, 2007).

En casos de imposición de riesgo, tanto la ley como la moral reconocen un estándar de cuidado adecuado que determina si el agente que es causalmente responsable del riesgo también es legal o moralmente responsable. Este estándar es una especificación del principio de no maleficencia. El cuidado adecuado consiste en tomar las precauciones apropiadas para evitar causar daño, según lo exijan las circunstancias a una persona razonable y prudente. Este estándar requiere que los objetivos perseguidos justifiquen los riesgos que se deben imponer para alcanzar esos objetivos. Los riesgos graves requieren metas proporcionalmente importantes para su justificación. Por ejemplo, intentar salvar

vidas después de un accidente grave justifica, dentro de ciertos límites, los peligros creados por vehículos de emergencia en movimiento rápido. Una persona que actúa con cuidado adecuado en este contexto no viola reglas morales o legales, incluso si hay un riesgo significativo para otras partes involucradas en el intento de rescate (Beauchamp & Childress, 2019).

#### d) Principio de Justicia

El principio de Justicia es, en opinión del autor de este proyecto de investigación el más complejo de los principios tradicionales de la Bioética. Este mismo principio se nutre de una variedad de teorías de justicia dispersas (Beauchamp & Childress, 2019) en el aspecto tanto social como cronológico, siendo cada una utilizada como una herramienta, en conjunto o por separado para poder reforzar la *eticidad* de decisiones tomadas en razón de justicia. Dos puntos por destacar del mismo son:

- Distribución Justa de Beneficios y Cargas:

El primer aspecto del Principio de Justicia se enfoca en la distribución equitativa de los beneficios y las cargas en el contexto de la atención médica y la investigación. Esto significa que los recursos disponibles, como el acceso a tratamientos médicos, deben distribuirse de manera que todos los individuos tengan una oportunidad justa de beneficiarse, especialmente en situaciones de escasez. En la práctica, esto puede implicar la creación de sistemas de prioridad que aseguren que aquellos que más lo necesitan reciban la atención adecuada, sin que el acceso a los servicios médicos dependa de factores irrelevantes como el estatus socioeconómico, el género o la raza.

Además, el principio de distribución justa también considera cómo se cargan los riesgos y los costos de las intervenciones. Por ejemplo, si se realiza un estudio clínico, los riesgos y las molestias para los participantes deben estar equilibrados con los beneficios esperados para la sociedad. En la investigación, esto significa que las cargas no deben recaer desproporcionadamente sobre grupos vulnerables mientras que los beneficios se distribuyen de manera que privilegien a otros. La justicia distributiva requiere, entonces, que haya una evaluación equitativa de cómo se distribuyen los beneficios y las cargas para garantizar que ninguna parte se vea injustamente afectada o privilegiada.

La implementación práctica de este principio puede ser compleja y a menudo requiere la creación de políticas que definan claramente cómo se tomarán las decisiones en contextos de recursos limitados. Por ejemplo, en un hospital con recursos escasos, los equipos de

atención médica deben tomar decisiones que maximicen los beneficios para la mayor cantidad de pacientes posible, considerando factores como la urgencia de tratamiento y el pronóstico. La justicia distributiva, por lo tanto, implica una deliberación cuidadosa y una aplicación de principios éticos que aseguren que los recursos se utilicen de la manera más justa posible.

Y, finalmente, la distribución justa también aboga por la transparencia en cómo se toman estas decisiones. Es crucial que los criterios y procesos utilizados para asignar recursos y distribuir beneficios sean claros y accesibles para todos los interesados. La transparencia ayuda a mantener la confianza en el sistema y asegura que las decisiones se basen en principios éticos y no en sesgos o prejuicios. La rendición de cuentas y la posibilidad de revisar las decisiones tomadas son aspectos importantes para garantizar que el principio de justicia se cumpla de manera efectiva.

- Trato Igualitario:

El segundo aspecto del Principio de Justicia aboga por el trato igualitario de todas las personas, lo cual significa que los individuos que se encuentren en situaciones similares deben recibir un trato similar. Esto se basa en la premisa de que la equidad es fundamental en la ética de la atención médica y la investigación, y que cualquier diferencia en el trato debe estar justificadas por razones relevantes. En términos prácticos, esto significa que las decisiones clínicas y administrativas deben basarse en criterios que sean pertinentes y justos, y no en características personales que no tienen relevancia para el cuidado o la investigación.

Este principio exige que los profesionales de la salud y los responsables de la política sanitaria eviten la discriminación injusta y los prejuicios en la toma de decisiones. Por ejemplo, en la asignación de recursos para el tratamiento de enfermedades, no debe haber favoritismo hacia ciertos grupos sobre otros sin una justificación ética adecuada. El trato igualitario asegura que todos los individuos tengan acceso a oportunidades similares y que sus derechos sean respetados, independientemente de factores como su origen étnico, género, orientación sexual, o nivel económico.

Además, el trato igualitario también implica la necesidad de proporcionar ajustes razonables para aquellos que puedan enfrentar desventajas debido a sus circunstancias particulares. Esto puede significar ofrecer apoyo adicional a personas con discapacidades o proporcionar servicios adaptados a las necesidades culturales específicas de los pacientes. La idea es

que, aunque todos deben ser tratados de manera equitativa, a veces es necesario hacer adaptaciones para asegurar que el trato sea verdaderamente justo y que todas las personas tengan igualdad de oportunidades para recibir atención de calidad.

## ***B) Razones para la relevancia de la Bioética en la Telemedicina.***

La telemedicina facilita el acceso a servicios que de otro modo no estarían disponibles, tiene un impacto positivo en la modernización del sector, proporcionando oportunidades para que comunidades tradicionalmente marginadas accedan a atención médica de alta calidad (Ruiz Camerucci & Varela Patterer, 2019). No obstante, deben abordarse problemas adicionales como las preocupaciones éticas y medicolegales (Craig & Patterson, 2005). Debe estar configurada normativamente de manera que contribuya a una mayor equidad al mejorar el uso de los recursos disponibles y las condiciones sanitarias, lo que permita diagnósticos y tratamientos oportunos evitando las dificultades para realizar consultas con especialistas y complejidades al realizarlas en hospitales de referencia, para lograr evitar un deterioro progresivo de la salud de quienes no podrían acceder normalmente (Ruiz Camerucci & Varela Patterer, 2019).

Se requiere el desarrollo de nuevos modelos de consentimiento informado para la telemedicina, así como un sistema de licencias y la estandarización de las prácticas, incluyendo medidas para proteger la confidencialidad de la información transmitida (Litewka, 2005). Es importante cuestionar si los individuos más vulnerables podrían ser utilizados involuntariamente para evaluar esta nueva modalidad de atención, especialmente dado el número de personas vulnerables y la falta de normativas en el pasado, y normativa clara actual para proteger a los sujetos de experimentación (socioeconómicamente hablando). Los más vulnerables podrían enfrentar una mayor marginación al tener que interactuar con médicos o enfermeras a través de una pantalla en lugar de tener acceso a medicina presencial.

Una cuestión bioética fundamental es la utilización de la telemedicina en ausencia de evidencia sólida sobre su costo-efectividad, como en los casos del inicio del milenio. Aunque existen áreas en las que hay evidencia razonable de costo-efectividad, cada vez más en la actualidad, esto suele ser en el contexto de los países industrializados (Wootton & Bonnardot, 2010). En el mundo en desarrollo, es necesario ser muy cauteloso y considerar si los recursos empleados (como telecomunicaciones, equipos y personal) podrían haber generado un mayor beneficio para la salud si se hubieran utilizado de formas más convencionales. Es decir, debe hacerse un análisis bioético sobre si ¿Es aceptable un servicio basado en fotografías digitales de radiografías o es preferible tener algún servicio en lugar de ninguno? (Wootton et al., 2019).

Se ha destacado que la tecnología no es el aspecto más importante de un sistema de telemedicina. La telemedicina también incluye los recursos humanos y las aplicaciones de salud integradas en una organización (Craig & Patterson, 2005). La tecnología es una herramienta para mejorar la atención médica, pero no es la solución completa. Para lograrlo, será necesario ajustar tanto la estructura de las organizaciones de salud como la forma en que los pacientes gestionan sus enfermedades (Adriano Moran, 2012) pero observar que estos ajustes no deshumanicen a ninguna de las partes, y que al acceder a estas nuevas estructuras lo hagan a partir de una autonomía no vulnerada por disponibilidad alterada artificialmente (Graciela de Ortúzar, 2012).

Muchos de los problemas éticos de la telemedicina también se derivan del uso general de las TIC, tales como: Problemas de igualdad de acceso a redes y servicios, incluida la capacidad de utilizar equipos y programas, y bases de datos, problemas de libertad de expresión, con restricciones especiales sobre contenidos en la red, protección de la privacidad (datos personales y confidencialidad), ejercicio de la democracia electrónica (derecho a la educación e información, participación, transparencia y gobernanza), falta de responsabilidades y seguridad (cooperación para mejorar la seguridad de redes y normas comunes entre proveedores de servicios y autoridades).

Así, los problemas éticos generales de las TIC también afectan a la telemedicina: derecho a la información del paciente, autodeterminación, igualdad de acceso, capacitación, información; derecho al acceso del conocimiento del profesional, bases de datos de investigación regionales que respondan a las necesidades de la población; problemas de confidencialidad, privacidad y protección de datos digitales; consentimiento informado (y su revocabilidad), seguridad de la información, calidad; derechos de propiedad intelectual y derechos de autor, entre otros.

La teleconsulta, en la cual el proyecto de investigación pone gran parte de su foco, representa un desafío bioético significativo en la telemedicina porque los médicos deben ser competentes en la prestación de un servicio inherentemente complejo, más aún que sus consultas regulares, además los sistemas informáticos aún no son completamente seguros, a pesar de contar con alta seguridad, debiendo actualizarse constantemente (Langarizadeh et al., 2017).

Otro inconveniente es que el papel del médico podría tornarse en uno de "lector", convirtiéndose en un proceso automatizado de análisis de fotografías, lo que podría desdibujar el aspecto humano que caracteriza a la atención médica, sin hablar de técnicas

de inteligencia aumentada (Asociación Médica Mundial, 2019) utilizadas para reducir la carga laboral del cuerpo médico.

La telemedicina podría dañar el espíritu ancestral de la medicina, basado en la presencia física del médico y el equipo de salud, reemplazándolo por una relación mecanicista. Además, la atención médica orientada únicamente a la cobertura puede ofrecer un servicio de teleconsulta que, aunque formalmente adecuado, podría carecer de la calidad necesaria (Echeverría et al., 2021).

Es esencial contar con una seguridad jurídica en la telemedicina (Asociación Médica Mundial, 2007), basada en asegurar que lo que se realiza a distancia responda adecuadamente a las necesidades del paciente, preservando la seguridad, confidencialidad y autonomía, y evitando la pérdida de oportunidades por dificultades en el acceso y uso del medio empleado. Citando: "Este es el objetivo fundamental de la bioética: preservar los valores que hemos acordado como valiosos y merecedores de respeto, a pesar de las dificultades" (Garrido Sanjuán, 2021).

#### ***a) Tendencias contraproducentes a la bioética en telemedicina.***

La telemedicina a veces es acusada de ser más una "industria" impulsada por intereses comerciales más que por el bienestar del consumidor. Los avances tecnológicos necesarios para desarrollar la telemedicina hasta su estado actual, o los que podrían ocurrir en el futuro, están principalmente impulsados por fuerzas del mercado; por lo tanto, existe preocupación de que la rigurosidad ética de la telemedicina en su conjunto pueda verse afectada por las acciones de aquellos que buscan obtener ganancias (Craig & Patterson, 2005). No se debe ignorar el efecto casi hipnótico que genera una tecnología fascinante combinada con los intereses de grupos financieros y políticos locales interesados en vender el producto con el mayor margen de ganancia sin importar la calidad humana del mismo (Litewka, 2005). Es decir, la eficiencia adicional que brinda la telemedicina no debería restar calidad a la atención centrada en el paciente. La tecnología debe complementar la atención, no convertirse en una barrera (Young et al., 2017). Algunos miembros del personal médico especializado, desde una perspectiva de seguridad, consideran que la presión para mejorar la eficiencia del sistema conlleva un aumento del riesgo que deben asumir, llevando a algunos de ellos a distanciarse de su operación (Valenzuela et al., 2019).

No deberían ser el miedo, comprensible pero modificable, ni el entusiasmo tecnológico los motores que impulsen el desarrollo de la telemedicina (Garrido Sanjuán, 2021), ni el interés de los prestadores de salud por ampliar su cobertura y, desde el punto de vista de los pagadores o aseguradores, lograr menores costos (Echeverría et al., 2021), ni las perspectivas privadas sobre el crecimiento del mercado, las oportunidades de negocio, la ampliación de los servicios prestados, la posible reducción del número de consultas e internaciones, el control de costos (Falcão et al., 2020). Tampoco dejar que la «ceguera axiológica», la incapacidad para identificar problemas éticos en la práctica cotidiana nos impida observar y tratar de enmendar estos problemas (Garrido Sanjuán, 2021).

### **3. Marco Legal y Regulatorio en Argentina**

#### ***A) Evolución hacia la Regulación existente, su relación con la telemedicina y la bioética.***

Primero a tener en cuenta: en Argentina existen diferentes tipos de matrículas médicas: nacionales, provinciales, por jurisdicción. Estas matrículas habilitan a los profesionales a desempeñarse solo en las regiones donde se encuentren matriculados.(Vítolo, 2021) La construcción de un servicio de telemedicina requiere profesionales dispuestos a atender consultas médicas a distancia. Al regirse por esta norma, los servicios de telemedicina deberían tener médicos matriculados en todas las localidades del país, sin excepción. Sin embargo, era y es posible homologar la práctica de la telemedicina con el hecho de que un paciente se acerque al consultorio de un médico para ser atendido, por lo cual el galeno estaría dentro de su propia jurisdicción.(Briggiler & Chicote, 2017)

Previo al 2018, la nación carecía de un marco normativo específico a la telemedicina (Pellegrini et al., 2021), por lo que se debía llevar a cabo la aplicación por analogía a la medicina digital de las siguientes leyes y artículos, a los cuales se les hará una breve reseña desde una lente bioética para determinar si se ajustan o no a los principios anteriormente desarrollados:

Del Código Civil y Comercial de la Nación:

El Artículo 53 aborda el derecho a la imagen, estableciendo que es necesario obtener el consentimiento de la persona para captar o reproducir su imagen o voz, salvo en ciertas excepciones. Desde una perspectiva bioética, este artículo tiene una relevancia significativa en cuanto a la protección de la dignidad, la autonomía y la privacidad de las



personas. Desde la Autonomía y el Consentimiento Informado: El requerimiento de obtener consentimiento para captar o reproducir la imagen o voz de una persona refleja el principio bioético de autonomía, al enfatizar el respeto a la capacidad de la persona para tomar decisiones informadas sobre su vida y cuerpo.

El Artículo 55 regula el consentimiento para la disposición de derechos personalísimos, estableciendo que este solo es válido si no contradice la ley, la moral o las buenas costumbres, y que dicho consentimiento no se presume, debiéndose interpretar de manera restrictiva y puede ser revocado en cualquier momento. La Interpretación Restrictiva y su No Presunción del Consentimiento refuerza una perspectiva bioética, donde cualquier cesión o disposición de estos derechos debe ser claramente expresada y entendida, evitando interpretaciones ambiguas que puedan llevar a un abuso o malentendido sobre los alcances del consentimiento otorgado. La Libre Revocabilidad del Consentimiento en cualquier momento es un aspecto crucial desde la bioética, ya que refuerza el principio de autonomía, y es fundamental para proteger la libertad y el bienestar del individuo. Este principio garantiza que las personas no queden atrapadas en decisiones que ya no desean sostener, y reconoce que las circunstancias y las decisiones pueden cambiar, permitiendo a las personas reconsiderar y retractar su consentimiento si así lo desean.

El Artículo 58 regula la investigación médica en seres humanos, estableciendo un conjunto de requisitos estrictos que deben cumplirse para garantizar la ética y la seguridad de las personas que participan en tales investigaciones. Desde una perspectiva bioética, y desde la de este proyecto de investigación, este artículo es de una importancia superior, ya que aborda directamente la protección de la dignidad, los derechos, y el bienestar de los sujetos de investigación y de aquellos sujetos en prácticas experimentales, tales como en aquel entonces se podría haber clasificado a la telemedicina.

Del Código Penal de la Nación: El Artículo 153 (Violación de Comunicación Electrónica) aborda la protección de la privacidad de las comunicaciones y establece sanciones para aquellos que accedan, se apoderen, intercepten o divulguen indebidamente correspondencias y comunicaciones electrónicas. Una clara punición a actitudes maleficentes, es decir una normativa nutrida desde el principio de la No-Maleficencia. Este artículo protege el derecho de los individuos a que sus comunicaciones sean privadas y no sean intervenidas sin consentimiento, aplicado a la telemedicina trataría de toda la práctica de tele consulta. La idea de que cualquier acceso a comunicaciones debe ser autorizado por el destinatario se alinea con el principio de autonomía en bioética, que enfatiza el derecho de las personas a controlar sus propias vidas, incluida la información personal que comparten. Acceder, interceptar o divulgar información privada sin consentimiento es una violación de este principio, y la bioética rechaza tales acciones. Los profesionales, incluidos

los funcionarios públicos, tienen una responsabilidad especial de proteger la información a la que acceden debido a su posición. El abuso de esta responsabilidad no solo es una falta ética, sino también una violación del principio de justicia, ya que implica un uso indebido del poder y la confianza otorgados por la sociedad.

La Ley 25.326 (Ley de Protección de Datos Personales en Argentina), establece un marco legal para proteger los datos personales de los individuos, asegurando que estos datos sean manejados con el debido respeto a la privacidad y la intimidad. Desde la autonomía la ley subraya la importancia del consentimiento informado para el tratamiento de datos personales, lo que es un principio fundamental en bioética. Esto la protege de los individuos al permitirles decidir sobre el uso y la divulgación de su información personal. También estipula el derecho al acceso de la propia información, rectificación de esta y supresión de esta, todas manifestaciones de la autonomía. La obligación de garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos personales, especialmente en contextos sensibles como el de la salud, refuerza la ética médica y el secreto profesional. Esto es esencial para mantener la confianza entre pacientes y profesionales de la salud, generando un mayor trato humano, y para evitar daños innecesarios, clave de la no-maleficencia. La ley también regula la utilización de datos en investigaciones, lo que en su momento antes del marco normativo del presente (o incluso complementándolo en la actualidad) podría aplicarse a la telemedicina en términos de asegurar que las investigaciones se realicen respetando los derechos y la dignidad de los sujetos.

Y de la Ley 25.506: sancionada en 2001 en Argentina, establece el marco legal para el uso de firmas digitales en el país. Desde una perspectiva bioética, esta ley se puede analizar considerando dos aspectos clave: la seguridad de la información y la autonomía del individuo. Al tener como objetivo principal garantizar la seguridad y autenticidad de los documentos electrónicos mediante el uso de firmas digitales. Desde una perspectiva bioética, esto es crucial para proteger la privacidad y confidencialidad de la información personal, especialmente en contextos sensibles como los registros médicos y la investigación científica. La protección de datos es fundamental para respetar el principio de beneficencia, que implica actuar en el mejor interés del individuo, y el principio de no maleficencia, que busca evitar daños a las personas. Su reglamentación genera autonomía para con el individuo al permitirle firmar documentos digitalmente con validez legal. Esto es importante en términos de autonomía y consentimiento informado, ya que facilita el acceso a servicios y la participación en procesos legales y administrativos sin necesidad de presencia física. La capacidad de tomar decisiones informadas y dar consentimiento de manera electrónica, siempre y cuando el sistema garantice la integridad y autenticidad de

las firmas, apoya el principio bioético de autonomía. Desde una perspectiva bioética refuerza la protección de datos y la autonomía del individuo, contribuyendo a un entorno más seguro y accesible (Ledesma Solaeche et al., 2022).

La Ley 26.529, sancionada en 2009, modificada por la Ley 26.742 en 2012, y reglamentada por el decreto 1089/2012, establece los derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de salud. Desde una perspectiva bioética, esta ley aborda varios principios fundamentales que guían la práctica médica y la relación entre pacientes y proveedores de servicios de salud. Uno de los pilares centrales de la Ley 26.529 es el reconocimiento de la autonomía del paciente. La ley garantiza que los pacientes tienen el derecho a ser informados de manera clara y completa sobre su estado de salud, las opciones de tratamiento y los riesgos y beneficios asociados. Este derecho a la información permite a los pacientes tomar decisiones informadas y consentir o rechazar tratamientos de manera consciente.

Otro pilar es el marco de potestad donde aquellos pacientes que tengan enfermedades irreversibles o de similar naturaleza pueda elegir manifestar su voluntad respecto de procedimientos que prolongarían su sufrimiento a la vez que su vida. Se suman como puntos secundarios, pero no de menor importancia: el derecho a su propia información sanitaria para poder recibir segundas opiniones y la declaración anticipada de voluntad. La ley, además, refuerza el derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos médicos. Protege la información personal y médica de ser divulgada sin el consentimiento del paciente, garantizando la privacidad y la protección de los datos sensibles. Desde una perspectiva bioética, esto es fundamental para el principio de beneficencia, que implica actuar en el mejor interés del paciente, y el principio de no maleficencia, que busca evitar el daño que podría resultar de una divulgación inapropiada de información personal.

El principio del consentimiento informado es otro componente clave de la ley. Los pacientes deben recibir toda la información necesaria para comprender los procedimientos y tratamientos propuestos antes de otorgar su consentimiento. Este principio asegura que los pacientes puedan participar activamente en las decisiones sobre su atención médica, promoviendo la transparencia y la colaboración entre pacientes y profesionales de la salud. Este aspecto está alineado con el respeto por la autonomía del paciente porque como estipula el artículo 6º, es de carácter obligatorio sumado al artículo 10º donde se legisla la revocabilidad, por parte del paciente, del mismo.

Al establecer el derecho a recibir una atención digna y de calidad. Esto implica que los profesionales e instituciones de salud deben brindar servicios con respeto, empatía y competencia. La garantía de una atención digna apoya el principio de justicia en bioética, que busca asegurar que todos los pacientes reciban un trato equitativo y justo, independientemente de su situación económica, social o personal.

Sumado a todo lo previo, la Ley 26.529 establece que los pacientes tienen el derecho a recibir información sobre sus derechos y a participar en la toma de decisiones sobre su salud. Fomentando colaboración y respeto entre pacientes y profesionales de la salud, apoyando la activa participación y un empoderamiento del paciente. En resumidas cuentas, esta normativa refuerza consistentemente los principios de autonomía, confidencialidad, consentimiento informado, dignidad y justicia acorde (Beauchamp & Childress, 2019), garantizando que los derechos de los pacientes sean respetados y protegidos en su interacción con los profesionales e instituciones de salud.

El siguiente desarrollo legislativo fue la Resolución 189/2018 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social que puso en marcha la Estrategia Nacional de Salud Digital, mientras que la Resolución 21/2019 aprobó el Plan Nacional de Telesalud, queriendo fortalecer las redes sanitarias y mejorar el acceso a la salud pública. (Pellegrini et al., 2021)

El artículo 5 de esta última resolución establece la creación de un grupo asesor de expertos en telesalud. En 2019, este grupo elaboró la "Primera recomendación para el uso de la telemedicina", que incluye 22 recomendaciones y 3 sugerencias, organizadas en seis categorías: acceso a la atención, encuentro virtual, entorno e infraestructura, tecnologías y estándares, capacitación e investigación, y remuneración (Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud, 2019).

Con la llegada de la pandemia de Covid-19, el Decreto 297/2020 del Poder Ejecutivo Nacional instauró el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), lo que propició nuevas regulaciones para fomentar el uso de plataformas de teleconsulta, permitir las fotos recetas y recetas electrónicas. Estas medidas reflejaron una adaptación a la emergencia sanitaria, buscando asegurar la continuidad del acceso a servicios médicos mientras se minimiza el riesgo de transmisión del virus. Estas regulaciones responden a los principios de beneficencia (promover la salud pública) y justicia (garantizar el acceso equitativo a la atención médica en circunstancias excepcionales).

A su vez, la Ley N° 27553, aprobada en agosto de 2020, autorizó la teleasistencia en el ejercicio de la medicina. Esta ley, tal como la telemedicina en sí misma, está alineada con

los principios éticos de universalidad, accesibilidad, y seguridad de los datos sensibles. Intenta volver a la telemedicina en una opción viable y regulada para proporcionar atención médica, lo cual promueve la equidad al facilitar el acceso a servicios de salud para un mayor número de personas, especialmente durante situaciones de emergencia. Desde el punto de vista bioético, la ley refuerza el principio de autonomía del paciente al ofrecer opciones de atención que respetan la seguridad y privacidad.

Durante el mismo año, el proyecto de ley de Telemedicina, que recibió media sanción del Senado, se basa en principios éticos fundamentales como la universalidad del acceso, la accesibilidad a una medicina de calidad, la seguridad de los datos sensibles, y la confidencialidad. Estos principios son esenciales para mantener una práctica médica ética en el contexto de la telemedicina. La ley también propone la creación de una autoridad de aplicación para la acreditación, registro, evaluación y habilitación de los sistemas de telesalud, y la elaboración de estándares para la protección de datos. Desde una perspectiva bioética, la inclusión de estos principios y la creación de una autoridad de aplicación buscan asegurar que la telemedicina se implemente de manera que respete los derechos y la dignidad de los pacientes, garantizando una atención equitativa y de alta calidad.

Ya más cerca de la actualidad, la Resolución 1692/2022 instrumenta la matriculación digital de profesionales de salud, dándoles a los pacientes un grado mayor de certeza que quienes trabajen en sistemas de telesalud estén fehacientemente registrados, si bien es complementaria. La Resolución 55/2023 implementa efectivamente la previa resolución, vuelve a través del Registro Único de Profesionales de la Salud.

Por otra parte, la Resolución 304/2023 promueve la Licencia Sanitaria Federal, generando una operabilidad interprovincial de los personales de salud suscriptas a la misma, por fin zanjando la problemática jurisdiccional que plagaba la práctica de la telemedicina, brindando mayor acceso a la salud debido a la amplitud de opciones para la autonomía de los pacientes eligiendo sus galenos, dejando ligeramente en el olvido las analogías analizadas ut supra del CCYCN.

Seguido a esto, la Resolución 305/2023 habilita la inscripción de las plataformas y sistemas de receta electrónica o digital, o de teleasistencia. Esto genera una barrera más de seguridad para los pacientes como usuarios del sistema de salud, al poder utilizar sistemas de telesalud con certeza de que al estos estar registrados cumplen con la normativa

especifica a los mismos y por lo tanto con los rigores necesarios para dar un servicio de salud aceptable.

Finalmente, con la Resolución 1959/2024 se establece la utilización de plataformas de teleasistencia en salud en todo el territorio nacional. Crea el ReNaPDiS para inscribir sistemas de información y plataformas digitales relacionadas con la salud digital, promoviendo la interoperabilidad y la seguridad de la información. Se estipula la Clave Única de Identificación de Recetas (CUIR), que permitirá identificar cada receta de manera unívoca mediante un código de barras u otro elemento visual. Se requiere que las plataformas cumplan con la Ley de Protección de Datos Personales y garanticen el acceso a los datos registrados por los usuarios.

### ***B) Breve vista de marcos de telemedicina de otros países de la región.***

En América Latina, México ha logrado un avance significativo en el ámbito de la telemedicina, impulsado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC-Salud), un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. Este centro, que fue designado en 2009 como centro colaborador de la OMS, depende directamente de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud (Chueke, 2015).

Uno de los proyectos de telemedicina más destacados en América del Sur es RUTE - Red Universitaria de Telemedicina en Brasil. Esta iniciativa comenzó en 2006 con la interconexión de hospitales universitarios en una red de telemedicina para la asistencia primaria de salud. En la actualidad, el programa cuenta con 108 núcleos operativos en todos los estados de Brasil. RUTE no solo establece formalmente núcleos de telemedicina, sino que también apoya la realización de videoconferencias, análisis de diagnósticos, segundas opiniones, educación médica continua y conferencias web entre hospitales universitarios y universidades. El Programa de Redes de Telesalud Brasil, una iniciativa nacional orientada a mejorar la calidad de la atención y la atención primaria en el Sistema Único de Salud (SUS) mediante teleasistencia y teleeducación, comenzó a ejecutarse en 2007 (Saigí-Rubió et al., 2021).

Otro proyecto exitoso en la actualidad es el SOS Telemedicina para Venezuela, un programa de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), que desarrolla e implementa soluciones tecnológicas para beneficiar la salud de la población. Este programa cuenta con una plataforma tecnológica y médicos especialistas capacitados

para emitir segundas opiniones, y ofrece servicios gratuitos para apoyar a profesionales y estudiantes de la salud en centros de atención primaria conectados a su red. Esto incluye sesiones de teleconsulta y telediagnóstico, videoconferencias, telefonía de voz sobre IP, acceso a bibliotecas digitales, entre otros, con el objetivo de mejorar el desempeño del personal de salud y asistir efectivamente a las comunidades (Chueke, 2015).

### **III. Análisis Bioético**

#### **1. Autonomía y Consentimiento Informado**

##### ***A) Desafíos para asegurar la autonomía del paciente en la telemedicina.***

Se ha visto que pacientes encarcelados, en su mayoría, se niegan a dar su consentimiento para la realización de consultas a distancia a través de la plataforma de telesalud. Para ellos, el traslado a un hospital es una forma de escapar de la monotonía de su vida diaria, por lo que prefieren salir de la cárcel antes que utilizar métodos de telemedicina. Es fundamental que se garanticen las condiciones necesarias para que el ciudadano tenga control sobre su información, un control que se expresará mediante el consentimiento informado en cada uso de esta (Ministerio de Salud Argentina, 2020). Esto pone en evidencia que no por simple hecho de que este disponible la telemedicina sea la solución bioéticamente más apropiada, pues en su autonomía el reo intenta decidir por un trato más humanizador para sí mismo. Se debe asegurar que el paciente reciba información clara y adecuada. La toma de decisiones es un proceso conjunto entre el médico y el paciente, lo que no implica que el paciente tenga la decisión absoluta, sino que la decisión final es producto de un diálogo entre ambos (Ruiz Camerucci & Varela Patterer, 2019). La vulnerabilidad aumentada por el proceso de enfermedad requiere un apoyo integral, no solo en términos de cuidados físicos, sino también emocionales y espirituales, proporcionado por las personas que forman parte de la vida cotidiana del paciente enfermo (Garrido Sanjuán, 2021).

##### ***a) Consentimiento Informado***

La implementación de la telemedicina exige el desarrollo de nuevos modelos de consentimiento informado para la práctica médica a distancia, así como la creación de un sistema de licencias adecuado y la estandarización de su práctica. Es fundamental garantizar la confidencialidad de la información transmitida (Vítolo, 2021). Además, es

esencial recordar que tanto el médico general como el especialista que llevan a cabo actos médicos a través de la telemedicina son responsables integralmente del paciente. Esto implica asegurar que el paciente reciba información adecuada, clara y comprensible, que se le garanticen los procedimientos necesarios y que esté consciente de su rol en el proceso. Este principio también se aplica a cualquier miembro de la familia u otra persona que asista al paciente en el uso de la telemedicina (Ruiz Camerucci & Varela Patterer, 2019).

Consentimiento informado y participación del paciente: La aplicación de la telemedicina debe justificarse por su capacidad para satisfacer adecuadamente las necesidades del paciente y no por otros intereses. El paciente debe participar de manera voluntaria y estar convencido de su papel en el proceso, habiendo sido informado de las limitaciones del procedimiento a través de un consentimiento informado (Echeverría et al., 2021). En ciertas plataformas el ingreso del paciente en el sistema de telemedicina se considera, por defecto, como un consentimiento informado sobre los términos de uso y el alcance de la teleconsulta (Ledesma Solaeche et al., 2022), aunque no cumpliría con los términos adecuados de un verdadero consentimiento informado.

## **2. Privacidad y Confidencialidad desde la No-Maleficencia**

### ***A) Riesgos para la privacidad del paciente en la telemedicina.***

La información de la persona puede ser traspasada al médico o a otro profesional de la salud y debe ser pertinente al problema en cuestión.(Vítolo, 2021). Debido a los riesgos de filtración de información inherentes a ciertos tipos de comunicación electrónica, el médico tiene la obligación de asegurar que se hayan aplicado todos los protocolos de seguridad establecidos para el traspaso de la información (Gianfelici, 2022).

El historial clínico del paciente, además, debe ser mantenido por la totalidad del cuerpo médico que utilicen la Telemedicina, adecuados a la normativa, y todos los aspectos de cada caso deben estar documentados debidamente. Esto inflige una carga no menor en los galenos que ya estiran bastante su capacidad benevolente y puede volver a estos reacios a la incorporación de telemedicina (Valenzuela P., 2022). Se debe registrar el método de identificación del paciente y también la cantidad y calidad de información recibida.

Los métodos electrónicos de almacenamiento y transmisión de la información del paciente solo deberán ser utilizados cuando se hayan tomado medidas suficientes para proteger la



confidencialidad y la seguridad de la información registrada o intercambiada (Ruiz Camerucci & Varela Patterer, 2019).

### **3. Principio de Justicia: Equidad y Acceso a la Atención**

#### ***A) Impacto de la telemedicina en el acceso a la atención médica.***

El acceso siendo la medida en que las personas pueden ingresar a los servicios e información de salud, se considera el flujo bidireccional de información, desde y hacia el paciente y el médico, para facilitar la entrega de atención (White-Williams & Oetjen, 2015). No queda claro si la teleconsulta permite mayor acceso al circuito de cuidado pleno, o tan solo es un derrame o resabio del verdadero sistema apenas alcanzando a aquellos que más lo necesitan. Para los países en desarrollo como Argentina, la telemedicina tiene un gran potencial, ya que estos países carecen tanto de la cantidad necesaria de personal de salud, en una distribución ideal, como de la infraestructura que permita un acceso adecuado de los pacientes a los médicos. La actual y creciente ubicuidad de los teléfonos y su costo relativamente bajo significa que la telemedicina es una opción accesible para la mayoría de los pacientes, independientemente de su riqueza o estatus. En teoría, los programas de telemedicina deberían representar una forma económica y eficiente de extender la atención médica a comunidades remotas y de difícil acceso. Desafortunadamente, en la práctica, los programas de telemedicina enfrentan limitaciones, como el alto costo inicial de establecer un esquema y la falta de experiencia local necesaria para el mantenimiento y reparación del equipo central (Khanal et al., 2015). En el uso de la telemedicina se debería contribuir a una mayor equidad, al ofrecer un mejor uso de los recursos disponibles según las necesidades de salud, con una accesibilidad inmediata a las consultas especializadas, mejorando las condiciones sanitarias de la persona al lograr un diagnóstico y tratamiento en tiempo y forma (Ruiz Camerucci & Varela Patterer, 2019).

La teleconsulta, sin embargo, tiene las limitaciones inherentes a la distancia y la interposición de un elemento ajeno y distractor, como es el sistema comunicacional y computacional que la hace posible. Modifica la interacción entre el médico y el paciente, al no haber examen físico ni contacto cercano, necesarios en la evaluación clínica, aumentando la posibilidad de error (Echeverría et al., 2021).

#### ***B) Disparidades en el acceso a la tecnología debido al analfabetismo digital.***

En edades avanzadas, el uso de la tecnología puede ser una barrera. (Briggiler & Chicote, 2017). Las diferencias basadas en la edad en cuanto a la comodidad y familiaridad con la tecnología moderna también pueden actuar como barreras para la aplicación equitativa de las tecnologías de telemedicina (Young et al., 2017). El uso reportado de la tecnología permite llegar a una conclusión: es esencial que la tecnología sea simple (tanto en hardware como en software) para el éxito de los programas de telemedicina. A medida que sea necesario, se puede agregar tecnología más compleja (Khanal et al., 2015).

#### **4. Relación Profesional-Paciente**

##### ***A) Efectos de la telemedicina en la relación tradicional médico-paciente.***

Falta de Confianza = Falta de Autonomía: La principal barrera para la adopción de la tecnología de Llamando al Doctor, una iniciativa de teleconsultas privada, es la falta de confianza en los proveedores médicos. Esa falta de confianza puede comprometer la autonomía del paciente. La relación médico-paciente se fundamenta en la confianza que el paciente deposita en su médico, la cual es esencial para consolidar esta relación (Briggiler & Chicote, 2017).

Componentes Éticos de la Relación Médico-Paciente: La relación médico-paciente se basa en tres componentes fundamentales: un paciente enfermo que necesita ayuda, un médico que se siente responsable de ofrecer esa ayuda, y la aplicación de la ciencia médica. En este marco, el paciente debe elegir voluntariamente a un médico de confianza, ejerciendo su autonomía, y la toma de decisiones debe ser un proceso mutuo que respete tanto las decisiones del paciente como las del médico. El uso de telemedicina puede afectar esta relación, reduciendo la interacción personal, es decir el trato humano, requiriendo que el médico obtenga el consentimiento informado del paciente para cumplir con formalidades (Langarizadeh et al., 2017).

Desafíos de la Tecnología en la Atención Médica: La práctica médica tradicionalmente se basa en relaciones de confianza y a menudo íntimas entre médicos y pacientes. Estas relaciones son cruciales para una comunicación efectiva y para la correcta evaluación de síntomas y problemas psicosociales. Sin embargo, la tecnología en la atención médica puede despersonalizar esta relación al ser inherentemente menos privada y "más fría". Este desajuste tecnológico puede poner en riesgo la relación médico-paciente, potencialmente dañándola de manera irreversible (Young et al., 2017).

Visibilidad Social a través de la Tecnología: Las tecnologías como tarjetas de salud y resultados de exámenes se transforman en herramientas de visibilidad social para los pacientes. Estos objetos permiten a los pacientes adquirir una forma de visibilidad en los espacios de salud, forzando a los profesionales a establecer una relación social con ellos (Valenzuela et al., 2019).

Despersonalización y Limitaciones en la Consulta Médica: A pesar de los beneficios en términos de comunicación y atención, la tecnología puede introducir factores que alteran la relación médico-paciente. Estos incluyen la despersonalización, la interacción indirecta, las diferencias en el proceso de consulta y la falta de un examen físico completo. Estos problemas pueden mitigarse si el paciente es presentado al especialista por un médico tratante que realice el examen físico y continúe con la atención (Ruiz Camerucci & Varela Patterer, 2019).

Dificultades en la Evaluación del Paciente: La falta de proximidad física dificulta que el médico pueda evaluar la actitud corporal, el estado psicológico del paciente y establecer una relación de cordialidad y confianza, elementos fundamentales para una relación médico-paciente satisfactoria (Echeverría et al., 2021).

## **IV. Conclusión**

### **1. Puntos Clave**

- Se observa una tendencia a la incorporación de la telemedicina no solo por parte de Argentina si no de todas las naciones objeto de estudio.
- Los marcos normativos de la telemedicina estudiados si bien originalmente primitivos, han demostrado ser capaces de evolucionar a lo largo del tiempo, no solo en su estructura positiva, si no que incorporan los valores de la bioética.
- La gran mayoría de las obras en relación a la telemedicina estudiadas reflejan una mirada positiva sobre la misma, por lo que puede que existan sesgos de publicación, manteniendo un patrón que autores previos indicaron.
- Desde una lente Bioética, es cada vez más atinado el marco normativo argentino de telemedicina, aunque aún podría considerarse incompleto.
- No queda en claro si el ímpetu legislativo respecto telesalud originado de la Pandemia otorgó inercia al mismo, o solamente fue un empujón temporal.

- Por otro lado, desde la iniciativa privada, es claro destacar que la cantidad de proyectos de telemedicina, particularmente teleconsultas, está en alza.
- Son necesarios más reportes nacionales de experiencias que no provengan de, o sean financiados por, emprendimientos privados con relación cercana a la materia de telemedicina para reducir los sesgos.
- Son necesarios más análisis bioéticos en profundidad, por expertos en la materia, con respecto a temáticas de telemedicina en Argentina.

## 2. Conflictos de Intereses

El autor no reporta conflictos de intereses.

## V. Bibliografía

Adriano Moran, J. J. (2012). *The Reality of Home Remote Patient Monitoring: a Thesis on the Nature, Dynamics, and Effects of Telehealth* [Doctoral Thesis]. City University of London.

Asociación Médica Mundial. (2007). *DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE LA ÉTICA DE LA TELEMEDICINA*. En 58 Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca.

Asociación Médica Mundial. (2019). *DECLARACIÓN DE LA AMM SOBRE INTELIGENCIA AUMENTADA EN LA ATENCIÓN MÉDICA*. En 70a Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* 8th Edition.

Briggiler, I., & Chicote, M. (2017). *Dificultades en la construcción de un servicio de Telemedicina en Argentina*. VIII Congreso Argentino de Informática y Salud –“Informática y Salud Federal”, 27–36. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/64807>

Chueke, D. (2015, abril 16). *Panorama de la Telemedicina en América Latina*. <http://es.eyeforpharma.com/ventas-y-marketing/panorama-de-la-telemedicina-en-américa-latina>.

Craig, J., & Patterson, V. (2005). *Introduction to the practice of telemedicine*. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(1), 3–9.

de Arteché, M., Welsh, S. V., Santucci, M., & Carillo, E. (2020). *Telemedicina en latinoamérica: caso Argentina, Bolivia y Colombia*. *Revista Venezolana de Gerencia*, 14(91), 955–975. <http://orcid.org/0000-0001-6039-104>

Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud. (2019). *ANEXO I | Resolución No 21/2019, Artículo 5° | 1a RECOMENDACIÓN PARA EL USO DE LA TELEMEDICINA*.

Echeverría, C. B., Rojas, A. O., Serani, A. M., Arriagada, A. U., Ruiz-esquide, G., Salinas, R. R., Taboada, P. R., Quintana, C. V., Vacarezza, R. Y., Rodríguez S, M. A., Borja, H. R.,

- Alessandri, S., & del Mar, V. (2021). Una reflexión ética sobre la telemedicina. *Revista de Medicina de Chile*, 149, 928–933.
- Garrido Sanjuán, J. A. (2021). La bioética como faro en la instauración de la telemedicina. Tratando de evitar una medicina distante. *Galicia Clínica*, 82(4), 214. <https://doi.org/10.22546/63/2388>
- Gayatri M. (2021). The Contemporary Encyclopedia of Bioethics. *Journal of Clinical Research & Bioethics*, 12(4), 1.
- Gianfelici, F. R. (2022). Implicancias del derecho del consumo en la Telemedicina. *Memorias de las 51 Jornadas Argentinas de Informática*, 115–126.
- Graciela de Ortúzar, M. (2012). Hacia la Telemedicina en el MERCOSUR Análisis Ético Comparativo de las Normativas de Brasil y Argentina. *Revista e-Salud*, 8(30), 1–17.
- Khanal, S., Burgon, J., Leonard, S., Griffiths, M., & Eddowes, L. A. (2015). Recommendations for the improved effectiveness and reporting of telemedicine programs in developing countries: Results of a systematic literature review. *Telemedicine and e-Health Journal*, 21(11), 903–915. <https://doi.org/10.1089/tmj.2014.0194>
- Lamfri, M. A., Sisteró, R. I., Albornoz, C. H., Sisteró, R. F., & Scavuzzo, C. M. (2000). Programa de Telemedicina apto para áreas rurales de la República Argentina. 1er Congreso Virtual Iberoamericano de Informática Medica, 1–7. <http://www.tm.conae.gov.ar>
- Langarizadeh, M., Moghbeli, F., & Aliabadi, A. (2017). Application of Ethics for Providing Telemedicine Services and Information Technology. En *Medical archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)* (Vol. 71, Número 5, pp. 351–355). <https://doi.org/10.5455/medarh.2017.71.351-355>
- Ledesma Solaeche, F. M., Coppolillo, F. E., Trillo, F., Dingiana, A., & Heffner, L. A. (2022). Telemedicina en seguros de salud durante la pandemia de la COVID-19. *Atencion Primaria Practica*, 4(3). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2022.100144>
- Litewka, S. (2005). TELEMEDICINA: UN DESAFÍO PARA AMÉRICA LATINA. *Acta Bioethica*, 11(2), 127–132. <http://www.ing.ula.ve/~dmiranda/>
- Maarop, N., & Than Win, K. (2009). A Review of Telemedicine in Developing Countries: Introduction and Implementation Issues. En Michio Kimura (Ed.), 6th Conference on Asia Pacific Medical Association (pp. 85–92).
- Ministerio de Salud Argentina. (2020). Guía para Equipos de Salud Programa TELE-COVID 19.
- Mitka, M. (1996). Developing Countries Find Telemedicine Forges Links to More Care and Research. *Journal of the American Medical Association*, 280(15), 1295–1297. <http://jama.jamanetwork.com/>

- Oliveri, N. (2011). Background information and e-Health applications in Argentina. *e-Health in Latin America and the Caribbean: progress and challenges*, 25–35.
- Pellegrini, D., Landi, S., Rojo, G., & Tejedor, C. (2021). Evolución histórica de las teleconsultas y experiencia de implementación en el Hospital Británico de Buenos Aires. *Fronteras en Medicina*, 16(3), 0197–0202. <https://doi.org/10.31954/rfem/202103/0197-0202>
- Rampi, M. A. (2024). Emergencia, expansión y estabilización de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud en establecimientos públicos de salud de Argentina:1997-2022 [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Quilmes.
- Rigby, M. (2002). Impact of telemedicine must be defined in developing countries. *British Medical Journal*, 324(Letters), 47–48.
- Ruiz Camerucci, V. G., & Varela Patterer, H. J. (2019). Prácticas de telemedicina en poblaciones carcelarias: una revisión de aspectos éticos. *Latin American Journal of Telehealth*, 6(3), 229–235.
- Saigí-Rubió, F., Torrent-Sellens, J., Robles, N., Pérez Palaci, J. E., & Baena, I. (2021). Estudio sobre Telemedicina Internacional en América Latina. *Monografía del BID*, 953, 175.
- Steinbock, B. (2007). *The Oxford Handbook of Bioethics*.
- Urtubey, X., & Petrich, M. (2002). Argentina's national telemedicine programme: reasons for a premature failure. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8(3), 69–71. <http://www.itu.int/itu-d/hrd/publications/>
- Valenzuela, F., Andres Bello, U., Nairbis Sibrian, C., & Santo Tomás, U. (2019). Las Lógicas del Trabajo Moral en Telemedicina: Disputas en Torno a la Legitimidad de Políticas de Salud Digital. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(2), 273–297.
- Valenzuela P., S. (2022). Bioética y virtualidad en la relación médico-paciente. *Revista Hospital Clínico Chile*, 33, 234–241. [www.redclinica.cl](http://www.redclinica.cl)
- Vítolo, F. (2021). Salud digital y telemedicina el gran desafío.
- White-Williams, C., & Oetjen, D. (2015). An ethical analysis of telemedicine: implications for future research. *J. Telemedicine and Clinical Practices*, 1(1), 4–16.
- Wootton, R. (1997). The possible use of telemedicine in developing countries. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 3(1), 23–26.
- Wootton, R. (2001). Telemedicine and developing countries--successful implementation will require a shared approach. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7(Suppl. 1), S:1-S:5.
- Wootton, R., & Bonnardot, L. (2010). In what circumstances is telemedicine appropriate in the developing world? *JRSM Short Reports*, 1(5), 1–11. <https://doi.org/10.1258/shorts.2010.010045>

- Wootton, R., Patil, N. G., Scott, R. E., & Ho, K. (2019). *Telehealth in the Developing World* (1a ed., Vol. 1). Royal Society of Medicine Press.
- Young, J. D., Borgetti, S. A., & Clapham, P. J. (2017). Telehealth: Exploring the Ethical Issues. *Telehealth: Exploring the Ethical Issues*. *DePaul Journal of Health Care Law*, 19.