

**“LA TELECONSULTA EN ÉPOCA DE PANDEMIA. MARCO LEGAL,  
ASPECTOS MÉDICO - LEGALES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS”**

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**FUNDACIÓN BARCELÓ**

**CARRERA DE MEDICINA LEGAL**

**TRABAJO FINAL INTEGRADOR**



**DIRECTOR DE LA CARRERA: DR. ROBERTO FOYO**

**AUTOR: DR. ALBERTO ISRAEL GILD**

**TUTORA DEL TFI: DRA. MARIANA SILVIA PALLACHE**

**AÑO: 2022**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, deseo agradecer al Cuerpo Docente del IUCS Fundación Barceló, del cual tengo el honor de formar parte como Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, por su empeño y dedicación durante estos dos años, en especial durante el período lectivo 2021 en el cual debió suplirse la presencialidad por la virtualidad debido a la pandemia Covid 19.

A mi tutora, la Dra. Mariana Silvia Pallache, la que gentilmente aceptó mi solicitud para desempeñarse en tan importante función docente, quien colaboró en la lectura y corrección del Trabajo Final Integrador, aportando su experiencia en el análisis de trabajos científicos y sus conocimientos en el área legal.

A la Dra. Paola Martín, que durante estos dos años nos contuvo como grupo en momentos difíciles por sus aportes a mi TFI.

A mis compañeros de curso, especialistas en diferentes ramas de la medicina, preocupados por la formación médica continua tan importante para nuestra actualización profesional.

Finalmente quiero agradecer a mi familia quienes permanentemente me han acompañado en cada proyecto de formación profesional que inicié y que tanto apoyo me brindan día a día. Los amo con todo mi corazón.

**INDICE**

1- Título	1
2- Agradecimientos	2
3- Índice	3
4- Resumen - Abstract	4
5- Antecedentes de la temática	6
6- Marco Teórico	10
7- Marco Legal de la Telemedicina	17
8- Planteamiento del problema	28
9- Hipótesis y Objetivos	30
10- Diseño metodológico	31
11- Resultados	33
12- Discusión	40
13- Conclusiones	59
14- Bibliografía	60

## **Resumen**

A partir del año 2020 y como consecuencia de la Pandemia Covid 19, el Sistema Sanitario de nuestro país comenzó a utilizar de manera masiva la teleconsulta para la atención de los pacientes que debían permanecer en su domicilio debido al aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) decretado por el Gobierno Nacional.

El objetivo de este Trabajo Final Integrador fue analizar el impacto de la implementación de la Teleconsulta en nuestro país. Para ello se investigaron los resultados de la implementación de esta modalidad en una población determinada, los antecedentes legales de esta temática, el marco legal dictado a partir de la pandemia, los problemas médico-legales y los dilemas éticos surgidos con la implementación de esta novedosa forma de atención.

Las conclusiones alcanzadas permiten afirmar que la teleconsulta ha resultado una valiosa herramienta para la resolución de consultas mediante las tecnologías de la comunicación y de la información.

Sobre el marco legal hemos verificado que aún restan reglamentar algunas leyes sancionadas.

Esta forma de atención debe cumplir con todos los preceptos éticos que marcan la actividad médica general

Futuros estudios de investigación permitirán analizar otros aspectos relevantes de esta actividad médica.

Palabras clave: teleconsulta- marco legal – aspectos médico legales

## **Abstract**

As of 2020 and as a consequence of the Covid-19 pandemic, our national health service, began to massively use teleconsultation for the care of patients who had to remain at home due to “Social, Preventive and Mandatory Isolation “(SPMI) decreed by the national government.

The aim of this integral final paper was to analyze the impact of the implementation of teleconsultation in our country.

For this purpose, the results of the implementation of this modality in a given population were investigated, the legal background of this subject, the legal framework dictated by

the pandemic, the medicolegal problems and the ethical dilemmas that have arisen with the implementation of this novel form of care.

The conclusions reached allow us to affirm that teleconsultation has proved to be a valuable tool for the resolution of consultations by means of communication and information technologies.

Regarding the legal framework, we have verified that some of the laws that have been passed have yet to be regulated.

This form of care must fulfill all the ethical considerations that define general medical practice.

Further research will make it possible to analyze other relevant aspects of this medical activity.

Keywords: teleconsultation - legal framework – medicolegal issues-

## **Antecedentes de la temática**

Cuando nos referimos al comienzo embrionario de la telemedicina podemos asociarlo al inicio de las transmisiones a distancia por medio del telégrafo y del teléfono a finales del siglo XIX.

A modo de ejemplo el telégrafo fue un útil instrumento, especialmente durante la guerra de secesión americana con el fin de solicitar suministros médicos para la atención de las tropas en el frente de batalla.

A principios del siglo XX la difusión del teléfono permitió a la población el acceso a la comunicación a distancia. De esta manera las personas pudieron efectuar llamadas a sus médicos para realizar consultas sobre sus dolencias o solicitar una visita.

En nuestro país fue el Dr. Alejandro Posadas en 1899 quien efectuó el primer registro en la historia de la información y las comunicaciones cuando utilizó el cinematógrafo para filmar una operación realizada sobre un paciente en el Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires quien padecía una hidatidosis, hecho que permitió la difusión de este procedimiento en diversos rincones de nuestra patria<sup>1</sup>.

Otro importante avance se logró a comienzo del siglo pasado cuando fue posible la transmisión de imágenes radiológicas y de sonidos a distancia.

Alrededor de 1920 se logra en los Países Bajos transmitir el ritmo cardíaco, mientras que en 1940 se logra transmitir imágenes radiográficas entre ciudades en Pennsylvania (EEUU) ambos por vía telefónica<sup>2</sup>.

Un gran salto en las comunicaciones se logró a partir de la sexta década del siglo XX con el comienzo de la exploración espacial. La necesidad de monitorear en forma continua a los astronautas obligó al desarrollo de diferentes herramientas de control de salud a distancia.

El desarrollo y difusión de Internet a fines del siglo XX logró avances significativos en la interconexión y difusión de información de todo tipo, entre ella material referente al ámbito de la salud

A partir del desarrollo de las telecomunicaciones fue posible dividir a la telemedicina en tres etapas históricas<sup>3-4</sup>.

- *La era de las comunicaciones* (década del 70) en donde la radio y la televisión sirvieron como medios de difusión de la información, pero no permitía la integración de datos audiovisuales con otros datos médicos
- *La era digital* (década del 80 y comienzos de los 90) en donde ya fue posible la digitalización de la información y la intercomunicación mediante la integración de redes de telecomunicación a través de protocolos que permitieron la transmisión a alta velocidad de datos, imágenes y sonidos
- *La era Internet* (actual) la que permite una mayor integración entre las redes de telecomunicación

A comienzos del segundo milenio ya era posible observar los beneficios que otorgaba la telemedicina en el campo de las políticas públicas sobre los sistemas de salud.

Se señalaban como ventajas la posibilidad de un acceso a la información y a la prestación de servicios de salud que antes se encontraban relegados solo a través de la presencialidad, el mejoramiento en los programas de detección de enfermedades, la difusión de información científica relevante, la educación médica continua, el acceso a mejores servicios de salud y la reducción en los costos en la atención.

Entre algunos de los dilemas a responder se encontraba el marco regulatorio legal para el desarrollo de la actividad, la seguridad en los sistemas informáticos que permitan mantener el secreto médico, un registro de la historia clínica seguro que impida su acceso a personas no autorizadas, la pérdida de una relación médico-paciente e interprofesional apropiada<sup>1</sup>.

A lo largo de más de 60 años la comunidad médica internacional ha utilizado a la telemedicina como recurso. Sin embargo, es en la última etapa en donde se han establecido las bases legales y se han desarrollado las guías de comportamiento ético para el desempeño de la actividad médica a través de la telemedicina<sup>4</sup>.

En la 58° Asamblea de la Organización Mundial de la Salud en mayo de 2005 se adoptó la resolución WHA58.28 <sup>5</sup>. En ella se señala “*el impacto potencial que los avances en las tecnologías de la información y de la comunicación podrían tener sobre las prestaciones de servicios de salud, la salud pública, la investigación y las actividades relacionadas con la salud, beneficiando tanto a países de ingresos altos como a los de bajos ingresos*”

En base a estas consideraciones es que insta a los estados miembros:

- a diseñar estrategias a largo plazo para desarrollar e implementar servicios de e Salud en diversas áreas del sector de la salud, incluyendo un apropiado marco legal, una asociación entre los sectores públicos y privados
- el desarrollo de la infraestructura de tecnologías de la información y de la comunicación para la salud permitiendo un acceso equitativo y universal a sus beneficios
- a la colaboración multisectorial para determinar estándares y normas sobre e Salud basados en evidencias científicas para evaluar las actividades de e Salud,
- a compartir conocimientos sobre modelos costo efectivos asegurando calidad, seguridad y estándares éticos y de respeto por los principios de confidencialidad de la información, privacidad, equidad e igualdad.
- a establecer centros y redes nacionales de excelencia para las mejores prácticas y políticas de e Salud, coordinación y apoyo técnico para la prestación de servicios de salud, mejora del servicio, información a los ciudadanos, desarrollo de capacidades y vigilancia
- a considerar el establecimiento e implementación de información nacional electrónica sobre salud pública y para mejorar a través de la información la capacidad para la supervivencia y para una rápida respuesta ante emergencias de salud pública

En esa Asamblea los miembros participantes solicitaron:

- promover la colaboración multisectorial internacional con el fin de compatibilizar soluciones técnicas administrativas y guías éticas en el área de e Salud
- expandir el uso de la información electrónica mediante reportes de manera regular para documentar y analizar el desarrollo y tendencia, para informar políticas y prácticas en diversos países y para el reporte regular del uso de e Salud de manera mundial
- facilitar el desarrollo de modelos de e Salud los que, con modificaciones apropiadas puedan establecerse en centros nacionales y redes de excelencia par e Salud
- proporcionar asistencia técnica para los Estados Miembros en relación con productos y servicios de e Salud difundiendo ampliamente experiencias y mejores prácticas, en particular de tecnología de telemedicina, idear metodologías de evaluación, promover la investigación y el desarrollo y promover las normas mediante la difusión de directrices



- facilitar la integración de la e Salud a los sistemas y servicios de salud incluyendo el desarrollo de la infraestructura de la telemedicina en países en donde la cobertura médica es inadecuada en el entrenamiento de los profesionales de la salud y el desarrollo de capacidades con el fin de mejorar el acceso a la atención de calidad y seguridad
- apoyar en el área de e Salud iniciativas regionales e interregionales entre grupos de países que hablan un idioma común

Existen diferentes variantes sobre programas de telemedicina<sup>6</sup>. Uno de ellos los divide en:

1. **Sincrónicos:** se trata de comunicaciones en tiempo real en donde es posible la interacción bidireccional entre el paciente y su proveedor de servicios de salud. Ello se realiza a través de diferentes aparatos como lo son un teléfono inteligente, una tableta o una computadora, los que deben utilizar una aplicación que les permita una conexión segura
2. **Asincrónicos:** son aplicaciones denominadas “de almacenamiento y de reenvío”, las que permiten la transferencia de imágenes, videos y otro tipo de información clínica relevante para el proveedor de salud, que puede ser observado y respondido no de manera inmediata. Podemos señalar como ejemplo un aparato holter de presión o del ritmo cardiaco para, posteriormente ser analizado su resultado para determinar conductas.

Por su parte Hersh y colaboradores<sup>7</sup> en el año 2006 agrupan a los programas en:

1. Servicios basados en imágenes almacenadas (store and forward)
2. Programas y sistemas de monitorización domiciliaria (home-based services)
3. Programas de asistencia especializada en tiempo real (hospital-based services)

Asimismo, durante las últimas décadas se observó un impacto exponencial en el incremento de publicaciones en la literatura científica internacional referidos al tópico telemedicina.

En un análisis bibliográfico realizado mediante uno de los motores de búsqueda de uso más extendido como PubMed encontramos que desde el año 1994 a la fecha existen más de 40.000 artículos publicados en texto completo que se refieren al tema *telemedicina o telemedicine*, cuando hasta 1994 solo se encontraban publicados alrededor de 100 trabajos y en el año 1975 solo encontramos 1 cita bibliográfica.

## MARCO TEÓRICO

El término Telesalud es una palabra de reciente utilización masiva y se refiere en forma genérica a la prestación de servicios médicos a distancia (tele proviene del griego y significa distancia). De acuerdo con la Resolución 21/19 del Ministerio de Salud de la Nación se define como *una red de colaboración entre profesionales de la salud e instituciones públicas del país para optimizar las acciones de gestión en salud, la prevención, promoción, asistencia y la capacitación de los equipos de salud*<sup>8</sup>.

Sin embargo, existen en la literatura consultada diversas definiciones para el mismo término. En una revisión realizada en Italia<sup>9</sup> en el año 2009, la Organización Mundial de la Salud (WHO) señaló alrededor de 104 diferentes denominaciones para el mismo concepto. De esta manera se incluyen dentro de la telesalud recursos y procedimientos tan diversos, entre los que se pueden encuadrar métodos de prevención, de diagnóstico, de tratamiento, procedimientos de rehabilitación, sistemas de educación a distancia, la consulta especializada, una interconsulta entre profesionales, una monitorización remota o el registro digital de diferentes parámetros entre muchos otros aspectos.

Asimismo, existen otros vocablos que intentan referirse al mismo tema como los son la Telemedicina, Teleconsulta, e-Salud, la cibermedicina o la Salud Digital.

Otra forma de denominación sobre esta temática es el de m Salud o salud móvil (m Health o mobile health), referido al uso de tecnología móvil para el manejo de la salud. Ello incluye a la telefonía celular, las tabletas y a los aparatos de monitoreo móvil.

A los fines de la redacción de este trabajo utilizaremos la definición que actualmente utiliza la Organización Mundial de la Salud: ... *“la prestación de servicios de atención sanitaria donde la distancia es un factor crítico y donde los profesionales afines utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para intercambiar información válida sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades, la investigación, la evaluación y para la formación continua de sus profesionales, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades”*<sup>10</sup>.

La irrupción del Covid-19 modificó drásticamente el concepto geográfico-territorial de “distancia” obligando a un desarrollo vertiginoso de estas herramientas informáticas. El aislamiento social preventivo y obligatorio dictado por los diferentes gobiernos creó una novedosa situación de “distancia” en donde la medida de longitud se volvió irrelevante.

El 30 de enero de 2020 la OMS había declarado al COVID-19 como una epidemia. En el corto lapso de 40 días la enfermedad ya había abarcado a la mayoría de los países en los 5 continentes convirtiéndose en una pandemia, hecho que no había ocurrido en el mundo a lo largo de todo un siglo.

Podemos señalar que al momento de realizar esta declaración se habían solo detectado en todo el planeta alrededor de 118.000 casos en 114 países y 4291 personas habían perdido la vida. Con el correr de los meses la cantidad de pacientes afectados por esta enfermedadl, así como la cantidad de fallecidos pudieron contarse por millones.

El 11 de marzo del mismo año en la ciudad de Ginebra, Suiza el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, anunció en la página oficial [www.paho.org](http://www.paho.org) la siguiente declaración:

*“La OMS ha estado evaluando este brote durante todo el día y estamos profundamente preocupados tanto por los niveles alarmantes de propagación y gravedad, como por los niveles alarmantes de inacción. Por lo tanto, hemos evaluado que COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia”.*

*Consideró que “...pandemia no es una palabra para usar a la ligera o descuidadamente. Es una palabra que, si se usa incorrectamente, puede causar un miedo irrazonable o una aceptación injustificada de que la lucha ha terminado, lo que lleva a un sufrimiento y muerte innecesarios”.*

*Indicó que “describir la situación como una pandemia no cambia la evaluación de la OMS de la amenaza que representa este virus. No cambia lo que está haciendo la OMS, y no cambia lo que los países deberían hacer”.*

La falta de una información certera y fidedigna, la ausencia de vacunas y medicamentos que pudieran detener a esta grave enfermedad y un sistema de salud pública no preparado para atender una pandemia provocó que los gobiernos adoptaran medidas urgentes de restricción en la circulación de la población, obligando al aislamiento de los ciudadanos en sus lugares de residencia y limitando el traslado solo a aquellas personas que debido a sus actividades laborales fueron considerados personal esencial.

Entre aquellos habilitados para circular se encontraban los trabajadores afectados a tareas de seguridad, las fuerzas armadas, el transporte público de pasajeros, el personal dedicado al cuidado de niños y de adultos mayores y al personal de salud.

Surgía así una situación inédita, que impedía la movilización ciudadana y por ende limitaba el acceso de la población a los sistemas de atención de la salud independiente de la distancia geográfica desde el domicilio hasta el centro de salud.

Hasta ese momento la ubicación territorial era uno de los motivos más importantes para la implementación de la telemedicina. La emergencia COVID-19 y la necesidad de la atención de la población que se encontraba encerrada obligó a implementar en forma urgente sistemas de atención remota, los que se encontraban en nuestro país en etapa embrionaria de desarrollo y hasta ese momento no eran utilizados en forma masiva.

### **Categorías de Telesalud<sup>11</sup>**

Existen diversas maneras de clasificar los alcances de la Telesalud. A los fines de comprender el Marco Teórico sobre el cual desarrollaremos nuestro trabajo utilizaremos categorización utilizada en el Plan Nacional de Salud 2018-2024:

**Categoría 1:** *Telesalud asincrónica (store and forward)*: Idealmente integrados a la historia clínica electrónica. En ocasiones constituye solo una aplicación dentro de los aparatos electrónicos. Permite realizar teleconsultas asíncronas a otros centros siguiendo las reglas de las redes integradas definidas por los usuarios.

Incluye interacciones en diferido como el correo electrónico, los sistemas de mensajería on-line como WhatsApp<sup>R</sup> o Telegram<sup>R</sup> y las plataformas web que permiten el acceso a teleinformes e imágenes para la evaluación clínica y demográfica del paciente.

**Categoría 2:** *Telesalud sincrónica*, equipo o software de videoconferencia y/o aplicación web *conference*: Permite la teleeducación y realizar teleconsultas mediante videollamada en tiempo real a los centros que corresponda de acuerdo con las reglas de las redes integradas.

La atención sincrónica puede realizarse entre:

- Un paciente y un médico
- Un paciente, su médico tratante y un médico especialista
- Un paciente, su médico y un facilitador (profesional no médico que asiste al paciente de manera ocasional o permanente)
- Un médico tratante y un comité de expertos (teleconferencia o telecomité)

**Categoría 3:** *Servicios de resolución de consultas asincrónicas*: son profesionales o equipos de salud que reciben teleconsultas asincrónicas. El software que utilicen o la historia clínica electrónica les muestra las teleconsultas pendientes y las respondidas. Están relacionadas con su especialidad. Generalmente este servicio se encuentra en un

hospital, pero la definición de las redes integradas puede especificar que algunas consultas se resuelven en un centro de atención primaria de la salud (CAPS) con un especialista.

Mediante un sistema de registro de consultas, el nodo categoría 3 recibe y responde consultas según la cantidad registrada. De este modo se balancea la carga de consultas en la red.

**Categoría 4: Servicios de resolución de consultas sincrónicas o teleducación:** son profesionales o equipos de salud que están disponibles para realizar videoconferencias con los profesionales o pacientes, tanto para telemedicina o teleducación. Incluye la tecnología de la categoría 2. La capacidad de respuesta debe poder estar integrada a un sistema de turnos, citas con horario y duración.

**Categoría 5:** esta es la categoría con mayor desempeño posible en términos de telesalud. Gestionan programas de telemedicina, teleducación, telegestión y/o teleinvestigación. A su vez realizan actividades de teleconsulta, síncrona o asíncrona, coordinando los equipos, los turnos de consultas sincrónicas, y monitoreando y ruteando las consultas asincrónicas para asegurar la resolución en los tiempos comprometidos. En su dinámica realizan y comparten con la Dirección Nacional de Sistema de Información en Salud (DNSIS) registros, monitoreo y evaluación de actividades.

### **Diferencias entre Telesalud, Telemedicina y Teleasistencia o Teleconsulta**

Aunque en forma aparente resultan términos similares, cada uno de ellos reviste un carácter diferente.

La más amplia y abarcativa de estas denominaciones es la de **Telesalud**, ya que se refiere a los servicios de información, de educación y a los servicios sanitarios. De esta manera la telesalud comprende servicios no clínicos como la capacitación de proveedores de salud, el monitoreo remoto y las consultas virtuales asincrónicas.

Como lo señaláramos previamente Se trata de una red de colaboración entre profesionales de la salud y las instituciones públicas del país para optimizar: las acciones de gestión en salud, la prevención, promoción, asistencia y la capacitación de los equipos de salud (Res. 21/19 Ministerio de Salud).

La noción de “**red de colaboración** entre profesionales de la salud y las instituciones públicas” permite comprender la magnitud que abarca este concepto.

La **Telemedicina** como concepto se encuentra incluida dentro de los servicios de Telesalud, aunque se diferencia de esta en la forma en cómo se presta el servicio ya que se hace uso de las tecnologías de las telecomunicaciones y las plataformas virtuales para lograr su objetivo. De esta manera, la telemedicina brinda asistencia a los pacientes que requieren de un profesional médico para una consulta de salud mediante medios digitales.

### **Alguno de los componentes de la Telemedicina**

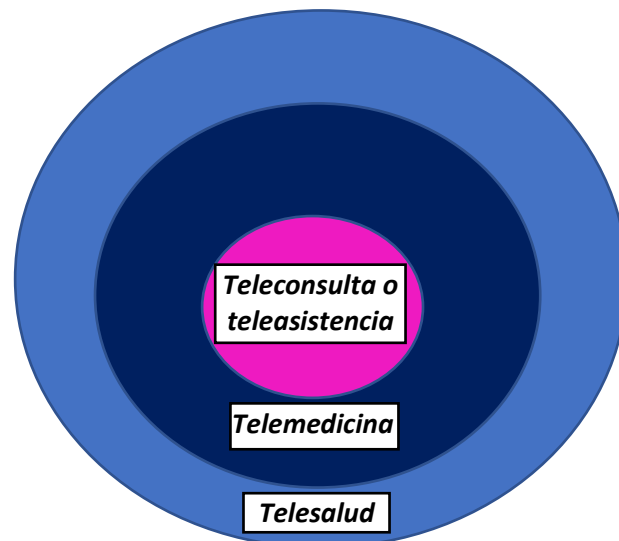
- Teleconsulta
- Teleeducación
- Telediagnóstico por imágenes
- Telemonitoreo
- Teleinterconsulta
- Teleasistencia remota
- Telecoaching (RCP)
- Telestroke
- Telepase de sala

### **Aportes de la Telemedicina a la medicina tradicional<sup>12</sup>**

- Accesibilidad: la Telemedicina permite que un mayor número de personas accedan a los servicios de salud
- Sustentabilidad y Economía: ahorro en los costos de traslados innecesarios
- Agilidad: permite una llegada más rápida al sitio del problema
- Ubicuidad: se puede acceder a la misma en cualquier sitio mediante el acceso a Internet
- Prevención de enfermedades: evita la circulación de enfermedades transmisibles
- Protección del medio ambiente: disminuye el uso de medios de transporte que emiten gases que provocan el “efecto invernadero”

La **Teleasistencia o Teleconsulta** por su parte se refiere a la tecnología para la asistencia de pacientes incluyendo los dispositivos de monitoreo móviles, los sistemas de alerta médica y las telecomunicaciones. *Es todo servicio asistencial y/o de consulta a distancia mediante el uso de tecnología adecuada* (Res. 282/200/20 Superintendencia de Servicios de Salud)

Entre sus objetivos la Teleasistencia busca proteger y minimizar los riesgos de las personas en situación de vulnerabilidad como discapacitados, enfermos crónicos, adultos mayores, personas con enfermedades mentales o personas en situación de soledad o abandono mediante la intervención de personal capacitado para la resolución de su problemática.



## DIFERENCIAS EN LA TERMINOLOGÍA

### HISTORIA CLÍNICA ELECTRONICA

#### Concepto de portabilidad

La atención adecuada de los pacientes está ligada a la posibilidad de acceso a la información. La Historia Clínica Electrónica es un recurso de enorme valor, tanto para el paciente, para los prestadores de salud y para los administradores de los sistemas de salud.

Desde la mirada del paciente la eficiencia en la atención médica requiere de un correcto manejo de la información, mientras que desde la mirada de los prestadores el acceso a la información médica permite optimizar recursos y evitar un uso inadecuado de los mismos.

Con el fin de lograr un fluido acceso a la información por parte de pacientes, profesionales y administradores de servicios de salud es imprescindible fijar protocolos informáticos estandarizados.

Como veremos en la sección Marco Legal, la Historia Clínica Electrónica requiere de herramientas informáticas de confidencialidad que preserven el Secreto Médico.

La posibilidad de acceso a la Historia Clínica Informatizada presenta ventajas significativas. Entre ellas podemos señalar:<sup>13</sup>

<b>PORTABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantiza la accesibilidad a servicios de salud</li> <li>- Abarca todo el territorio nacional</li> <li>- Permite el acceso de la información clínica</li> </ul>
<b>INTEROPERABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La información es accesible desde cualquier punto de la red</li> <li>- Posibilita el intercambio de información a través de diferentes sistemas</li> <li>- Permite una continuidad asistencial</li> <li>- Brinda seguridad al paciente</li> <li>- Permite una coherencia de los datos en todo el sistema</li> <li>- Mantiene la calidad de atención</li> </ul>
<b>SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los datos recogidos deben ser resguardados mediante protocolos informáticos estandarizados</li> <li>- Debe existir seguridad digital que permita una continuidad en la prestación</li> <li>- Permite una evaluación periódica</li> <li>- Permite una mejora continua en el sistema operativo</li> </ul>
<b>PROTECCIÓN DE DATOS SENSIBLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La legislación vigente prohíbe la divulgación de la información y de los contenidos a cualquier persona no autorizada</li> <li>- Constituye una grave falta la divulgación no autorizada pasible de sanciones</li> </ul>



## Marco Legal de la Telemedicina

La necesidad de establecer un marco legal para el ejercicio de la medicina y de otras ciencias de la salud de manera remota obligó al dictado de nuevas leyes, resoluciones y normas complementarias a fin de adecuar la legislación vigente a esta nueva manera de encarar la atención de un paciente y la relación entre profesionales del área de la salud.

Existen además aspectos específicos en la telemedicina que abarca la utilización y cuidado en el uso de los datos. La difusión ilegal de datos privados puede afectar de manera significativa la vida de las personas por lo que la legislación debe garantizar los derechos y responsabilidades de los pacientes y de los profesionales de la salud a fin de proteger de manera estricta el *Secreto Médico*.

De manera general podemos dividir estos aspectos legales en:

1. *Protección de los datos*
2. *Privacidad y confidencialidad de los datos*
3. *Aspectos regulatorios relacionados con la responsabilidad de los datos*

Como criterios generales de resguardo de la confidencialidad de la información se debe considerar<sup>14</sup>.

1. *Criterios de almacenamiento responsable de los datos y de los registros electrónicos de forma descentralizada*
2. *Determinación clara de los usuarios que tienen acceso al sistema de la información guardada*
3. *Establecimiento de diversos niveles de acceso a la información por parte de los profesionales*
4. *Establecimiento de programas de formación que aseguren un pleno conocimiento por parte de los usuarios de los estándares clínicos relacionados con el servicio*
5. *Determinación de un plan de seguridad de datos referidos al almacenamiento, transferencia y procesamiento de la información*
6. *Asegurar la información a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades en la utilización del servicio de telemedicina*
7. *Diseñar un plan de seguridad y protección de datos, estableciendo de manera clara las responsabilidades por parte de todos los actores implicados*
8. *Determinar de manera clara la propiedad de los registros clínicos derivados de la implementación del servicio de telemedicina*

9. *Establecer un procedimiento de consentimiento informado para los pacientes en la cesión de uso de sus datos clínicos derivados del uso de la telemedicina*

Sin embargo, el marco legal generado luego del comienzo de la pandemia no se creó de manera súbita y repentina, sino que este proceso se encontraba precedido por resoluciones de diferente tipo y origen que incluían aspectos relevantes en el desarrollo y utilización de las tecnologías de la información que permitirían el desarrollo de la Teleasistencia.

Entre otras resoluciones tomadas durante este período podemos señalar:

- Diversos dictámenes previos emitidos por la Dirección de Asuntos Legales del Ministerio de Salud de la Nación durante el año 2018
- El Decreto 996/18 del Poder Ejecutivo de la Nación que implementa la Agenda Digital Argentina
- La Resolución 189/18 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social mediante el cual se aprueba la Estrategia Nacional de Salud Digital Argentina
- La Resolución 47/18 de Protección de Datos Personales en Medios Informatizados
- La Resolución 21/19 creando el Plan Nacional de Telesalud 2018-2024
- La Resolución 115/19 creando la Red Nacional de Interoperabilidad en Salud

A continuación, enumeraremos las normas dictadas o las modificaciones realizadas sobre normas previas

**Ley 17132<sup>15</sup>**

La Ley de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de colaboración dictada el 24 de enero de 1967 no preveía en su articulado la posibilidad de la teleasistencia. Tengamos en cuenta que a mediados del siglo XX lejos estábamos de imaginar que un médico podía asistir a un paciente a distancia.

Para subsanar esta falta es que a partir del dictado de la ley 27553 el 11/08/2020 se incorpora el artículo 6° de esta norma a modo de artículo 2 bis de la ley 17132, en donde se señala: *“Se habilita la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas, garantizando los derechos establecidos en la ley 26.529 de Derechos del Paciente. La teleasistencia puede desarrollarse solo para prácticas autorizadas a tal fin, de acuerdo con protocolos y plataformas aprobadas para la misma por la autoridad de aplicación”*.

Asimismo, y de acuerdo con lo señalado en el artículo 5° de la ley 27553 se modificó el inciso 7 del artículo 19 de la ley 17132 quedando redactada de la siguiente manera: *“Prescribir o certificar en recetas manuscritas, electrónicas o digitales, en las que debe constar la siguiente información en idioma nacional: nombre, apellido, profesión, número de matrícula, domicilio, número telefónico y correo electrónico cuando corresponda. Solo pueden anunciarse cargos técnicos o títulos que consten registrados en la autoridad de aplicación competente y en las condiciones que se reglamenten. Las prescripciones y/o recetas deben ser formuladas en idioma nacional, fechadas y firmadas en forma manuscrita, electrónica o digital. En caso de ser redactadas electrónicamente, la firma y demás requisitos técnicos y legales deben adecuarse a la legislación vigente. En caso de utilizar la firma digital, la misma debe adecuarse a la ley 25.506, de firma digital, adhiriendo al régimen e intermediando una autoridad certificante.”*

#### **Ley 25326<sup>16</sup>**

Se trata de una norma jurídica dictada el 4 de octubre de 2000 bajo la denominación “Ley de Protección de Datos Personales”. A los efectos de este trabajo de investigación señalaremos algunos aspectos relevantes que abarcan la actividad de la telemedicina.

En su artículo primero señala como objeto la protección integral de los datos personales asentados en diversos archivos o registros, sean públicos o privados, así como el acceso a la información que sobre las mismas se registre.

El artículo quinto indica con claridad que el tratamiento de los datos debe ser autorizado mediante consentimiento libre, expreso e informado, el que deberá constar por escrito o por otro medio equiparable. Luego se detallan algunas situaciones en donde no es necesario el consentimiento.

El artículo octavo se refiere en forma específica a los datos relativos a la salud la ley. Autoriza a los establecimientos públicos y privados y a los profesionales vinculados a las ciencias de la salud a recolectar y tratar los datos relativos a la salud física y mental respetando los principios del secreto profesional, mientras que el artículo décimo remarca el deber de confidencialidad

#### **Ley 25506<sup>17</sup>**

El 14 de diciembre de 2001 es publicada en el Boletín Oficial la Ley de Firma Digital. En su artículo primero reconoce el empleo de la firma electrónica y de la firma digital, aunque en el articulado posterior diferencia a ambas de manera clara.

El artículo segundo explica los alcances de la firma digital mientras que el quinto lo hace con la firma electrónica. Ambas firmas parecen iguales, sin embargo, existe una gran diferencia entre ambas ya que la firma digital requiere de una certificación emitida por un certificador reconocido (artículo 16 de la misma ley).

La ley incluye dentro de sus alcances a los certificados digitales, entendiendo como tales a los documentos digitales firmados digitalmente por un certificador. Los certificados digitales tienen una vigencia desde la fecha de inicio hasta su fecha de vencimiento (artículo 15)

Finalmente señalemos que la **Ley 27446**<sup>18</sup> publicada en el Boletín Oficial el 18 de junio de 2018 introduce algunas modificaciones a la ley 25506

### **Ley 26529**<sup>19</sup>

Se trata de una ley de relevancia supina ya que **regula los derechos del paciente, de la historia clínica y del consentimiento informado**. Publicada en el Boletín Oficial el 20 de noviembre de 2009 fija el marco de regulación en el ejercicio de los derechos del paciente

La actividad de la telemedicina no puede soslayar, bajo ninguna circunstancia, los alcances de esta ley respetando los deberes de asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, de recibir información sanitaria necesaria, solicitar una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud y del consentimiento informado.

En esta ley el consentimiento informado es entendido como: “...*la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:*

- a) Su estado de salud;*
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;*
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;*
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;*
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;*
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.”*

El consentimiento presenta algunas excepciones, puede ser revocado debiendo el profesional acatar la decisión del paciente o su representante legal

El artículo decimoprimer o incorpora la figura de las Directivas Anticipadas, las que autorizan *a toda persona capaz mayor de edad a disponer sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos preventivos o paliativos y decisiones relativas a su salud* excluyendo de forma expresa de esta norma a las prácticas eutanásicas.

El artículo decimotercero autoriza la confección de la historia clínica informatizada bajo soporte magnético, siempre y cuando se asegure la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma.

Para ello este artículo obliga a adoptar el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o de cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

#### **Artículo 59 Código Civil y Comercial de la Nación<sup>20</sup>**

Este artículo del nuevo Código Civil y Comercial detalla los alcances del Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud. Es la declaración de voluntad expresada por el paciente, emitida luego de recibir información clara, precisa y adecuada respecto a diversos aspectos que refieren a la atención médica. Un dato importante es que el Consentimiento Informado es revocable en cualquier momento y que frente a un cambio en la conducta médica se debe confeccionar un nuevo Consentimiento.

#### **Ley 26812<sup>21</sup>**

Se trata de una modificación introducida en el artículo 15 de la ley 26529 ya que en el texto original donde habla sobre el contenido de las historias clínicas no se mencionaba a las historias clínicas odontológicas. Esta norma enmienda esa omisión incorporando en su inciso f con la siguiente aclaración: *“debe confeccionarse el registro odontológico, integrante de la historia clínica, en el que se deben individualizar las piezas dentales del paciente en forma estandarizada, según el sistema dígito dos o binario, conforme al sistema de marcación y colores que establezca la reglamentación”*

#### **Ley 27553<sup>22</sup>**

A mediados del año 2020, y como consecuencia de la pandemia Covid-19 desatada ese mismo año el Congreso de la Nación dicta la Ley de Recetas Electrónicas o Digitales.

En el inciso b de su artículo 1° esta ley establece: “...que puedan utilizarse plataformas de teleasistencia en salud, en todo el territorio nacional, de conformidad con la ley 25.326 de Protección de los Datos Personales y la ley 26.529 de Derechos del Paciente”.

Como podemos observar, el artículo que habilita la teleasistencia resulta de una enorme amplitud y se enmarca en una ley que se dicta para autorizar el expendio de medicamentos mediante un instrumento electrónico a distancia. Nada señala en particular sobre las distintas modalidades de teleasistencia y deja todo librado a la interpretación de la norma.

### **Artículos 51 a 59 Código Civil y Comercial de la Nación<sup>20</sup>**

Integran el Capítulo 3 del nuevo Código Civil y Comercial en donde se enumeran y detallan los *Derechos y Actos Personalísimos*.

Se consideran Derechos Personalísimos a:

- Art. 51: Inviolabilidad de la persona humana
- Art. 52: Afectaciones a la dignidad
- Art. 53: Derecho a la imagen
- Art. 54: Actos peligrosos
- Art. 55: Disposición de los derechos personalísimos
- Art. 56: Disposición sobre su propio cuerpo
- Art. 57: Prácticas prohibidas
- Art. 58: Investigaciones en seres humanos
- Art. 59: Consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en salud

Como podemos observar, este capítulo tiene enorme relevancia, tanto para los actos médicos presenciales como así también los que se realizan a través de plataformas informáticas ya que por sobre todas las cosas debemos respetar los derechos de los pacientes independientemente del recurso que utilicemos.

Vale la pena remarcar que en el Artículo 53 se hace mención al derecho a captar y/o reproducir la imagen y la voz de una persona, tanto sea el paciente como el profesional.

Hemos comprobado en más de una oportunidad que tanto pacientes como sus acompañantes han intentado grabar una consulta médica presencial o a distancia.

De acuerdo con este Artículo resulta necesario el consentimiento de ambas partes tanto para la captación de la imagen y el sonido como su reproducción. Todo acto en contrario viola este derecho y es pasible de sanción.

#### **Artículo 60 Código Civil y Comercial de la Nación<sup>20</sup>**

Se trata de una situación novedosa, no contemplada en el Código Civil derogado. Brinda al paciente la posibilidad de dictar Directivas Anticipadas respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Estas directivas se encuentran limitadas respecto de prácticas eutanásicas, las que se tienen por no escritas.

#### **Artículo 153 y 153 bis Código Penal de la Nación<sup>23</sup>**

La teleasistencia de manera virtual también está protegida por el Código Penal de la Nación al contemplar la privacidad de la información electrónica.

Estos artículos aluden a la violación de secretos y de la privacidad. *Reprime con prisión de quince días a seis meses al que abriere o accediere indebidamente a una comunicación electrónica, una carta, un pliego cerrado, un despacho telegráfico, telefónico o de otra naturaleza que no le esté dirigido o se apodere indebidamente de una comunicación electrónica, una carta, un pliego, un despacho u otro papel privado, aunque no esté cerrado o desviare de su destino una correspondencia o una comunicación electrónica que no le esté dirigida.*

*La pena será de prisión de un (1) mes a un (1) año, si el autor además comunicare a otro o publicare el contenido de la carta, escrito, despacho o comunicación electrónica.*

*Si el hecho lo cometiere un funcionario público que abusare de sus funciones, sufrirá además, inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena.*

Por su parte y de acuerdo con lo redactado en el Art. 6 de la Ley 26388 el artículo 153 bis dice expresamente: *Será reprimido con prisión de quince (15) días a seis (6) meses, si no resultare un delito más severamente penado, el que a sabiendas accediere por cualquier medio, sin la debida autorización o excediendo la que posea, a un sistema o dato informático de acceso restringido.*

*La pena será de un (1) mes a un (1) año de prisión cuando el acceso fuese en perjuicio de un sistema o dato informático de un organismo público estatal o de un proveedor de servicios públicos o de servicios financieros.*

Señalemos que los médicos que trabajan en los hospitales municipales, provinciales o nacionales son considerados servidores públicos, por lo que en ese caso les correspondería el máximo de la pena.

### **Resolución 223/2001<sup>24</sup>**

Se trata de una de las primeras resoluciones tomadas por el Estado cuyo objetivo es el del desarrollo de la telemedicina.

Mediante este instrumento se declara **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.**

Entre sus considerandos señala que esta *iniciativa se enmarca en proyectos que potencien la capacidad prestadora del Estado, el mejoramiento integral de la infraestructura y la actualización tecnológica de los recursos destinados al cuidado y la prevención de la salud.*

Más adelante agrega *que sería viable, factible e importante la posibilidad de obtener una estructura comunicacional y sistemática como la propuesta, para contar con una prestación de servicios de salud en una estructura moderna al nivel de los países más avanzados del mundo interrelacionado y con proyección hacia el futuro*

### **Resolución 189/2018 Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024<sup>25</sup>**

Esta resolución es el puntapié inicial del desarrollo del Plan Nacional de Telesalud. Según sus propias consideraciones *“la Estrategia de Salud Digital inicia el camino hacia un sistema de salud que cuente con tecnologías que faciliten el registro de la información en forma primaria, es decir, durante el contacto con el paciente, en sistemas interoperables que permitan compartir la información entre los niveles de atención y las jurisdicciones, construyendo para cada paciente una historia clínica nacional, longitudinal y completa, de utilidad clínica, estadística y de gestión de información*

Posee un anexo en donde se detallan los Fundamentos, la Visión, los Principios, los Objetivos, las Fases y actividades. Estas últimas se encuentran:

- Fortalecimiento de las capacidades
- Definición de estándares
- Implementación de la infraestructura central, a nivel nacional



- Gestión de la Información
- Definición de requisitos funcionales para aplicaciones clínicas
- Marco legal y regulatorio
- Plan Nacional de Conectividad
- [Plan Nacional de Telesalud](#)
- Proyectos Provinciales Escalables
- Apoyo a las iniciativas de Obras Sociales y Privados

### **Resolución 21/2019 Plan Nacional de Telesalud<sup>26</sup>**

Como consecuencia del trabajo realizado por el Estado y diferentes referentes desde el año 2012 en el marco de Cibersalud se publica en el Boletín Oficial el 9 de enero de 2019 el Plan Nacional de Telesalud

### **Resolución 21/2019 Anexo I Plan Nacional de Telesalud 2018-2024<sup>26</sup>**

Esta resolución define claramente al Plan Nacional de Telesalud como *“una línea de acción específica de los sistemas de información, tendiente a generar estándares y procedimientos para la creación de una red integral interconectada a nivel nacional a fin de facilitar mediante el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación herramientas para una gestión eficiente orientada a la prevención, promoción y asistencia de los usuarios del sistema de salud, como así también para la capacitación continua de los equipos de salud”*.

Asimismo, define al termino Telesalud como *“un conjunto de actividades relacionadas con la salud, los servicios, los médicos y los métodos que se llevan a cabo a distancia con la ayuda de tecnologías de la información y comunicación. Incluye la telemedicina (tele asistencia), la tele educación, la tele gestión y la tele investigación”*

Bajo este marco se crea el Grupo Asesor de Telesalud con el fin de desarrollar la telesalud en un marco de representatividad y búsqueda permanente de consensos entre jurisdicciones y subsectores del sector salud. El mismo debía integrarse por profesionales expertos, instituciones, representantes de asociaciones y sectores de salud con representación en las 24 jurisdicciones.

### **Resolución 21/2019 Anexo I Recomendaciones para el uso de la telemedicina<sup>26</sup>**

Se trata de un documento emanado desde la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud, dependiente de la anterior Secretaría de Gobierno de Salud y que fuera elaborado por el Grupo Asesor creado a tal efecto por el Artículo 5° de la Resolución 21/2019. Su título: *“Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real”*.

Este Grupo Asesor estaba conformado por expertos en telemedicina, representantes de diversas universidades, entes gubernamentales, hospitales públicos y privados, asociaciones, sociedades y empresas de desarrollo de software.

Se trató del primer documento emitido por este Grupo Asesor y tiene como objetivo presentar recomendaciones sobre cómo desarrollar una teleconsulta síncrona entre un profesional de la salud y un paciente, de manera segura, ética y centrada en el paciente.

Define claramente a la teleconsulta síncrona o asíncrona como la forma de comunicación que sucede en tiempo real, habitualmente con transmisión de audio y video de manera simultánea entre un sitio de origen y un sitio de destino<sup>21</sup>.

La metodología de trabajo se basó en la matriz FODA, de tal forma que **se detectó como la mayor debilidad y amenaza la ausencia de un marco legal y regulatorio en la República Argentina sobre telemedicina**. Por este motivo se consensuó en la elaboración de recomendaciones para las mejores prácticas sobre el tema “teleconsulta síncrona o en tiempo real entre el profesional de la salud y el paciente”

### **Decreto 174/2018<sup>27</sup>**

Se crea en el ámbito del Ministerio de Salud la Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud y se la encomienda con el objetivo de *“entender en la planificación y coordinación de sistemas de información, incorporación de nuevas tecnologías de la información, gestión de datos y registros estadísticos a nivel nacional y jurisdiccional”*

### **Resolución 1013/2018<sup>28</sup> Estrategia de Implementación de la Cobertura Universal de Salud**

Se trata de un Convenio Marco de adhesión a la Cobertura Universal de Salud entre la Nación, las Provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Este se desarrolla sobre tres ejes principales: Población a cargo de equipos de salud familiar y comunitaria,

*sistemas de información interoperables y aplicaciones informáticas y ampliación de cobertura prestacional, mejora de la calidad de atención y priorización de líneas de cuidado.*

### **Resolución 696/20 Ministerio de Salud de la Nación<sup>29</sup>**

El 1 de abril de 2020 y en el marco de la emergencia sanitaria establecida por el Decreto N°260/2020 al comienzo de la Pandemia Covid-19 el Ministerio de Salud de la Nación dicta esta resolución. En su articulado autoriza con carácter excepcional *“la prescripción de medicamentos detallados en las Listas III y IV de la Ley N° 19.303 o de medicamentos para pacientes con tratamiento oncológicos o pacientes con tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), así como cualquier otro medicamento que se utilicen bajo receta, excluidos los estupefacientes, en formato de mensaje de texto o mensajes a través de aplicaciones de mensajería vía web, mail o fax, en el marco del aislamiento social, preventivo y obligatorio dispuesto por el Decreto N° 297/2020 y mientras se mantenga vigente la cuarentena allí dispuesta”.*

Este procedimiento es altamente vulnerable ya que carece de todas las recomendaciones de protección de datos electrónicos.

A los fines de este trabajo de investigación debemos señalar que esta resolución resolvió una situación de emergencia, pero que permitió una práctica vedada y extremadamente riesgosa

### **Resolución 282/2020 Superintendencia del Seguro de Salud<sup>30</sup>**

El mismo día en el que el Ministerio de Salud de la Nación dicta la Resolución 696/2020, la Superintendencia del Seguro de Salud (SSS) dicta la Resolución 282/2020, en donde se insta a los Agentes del Seguro de Salud y a las Entidades de Medicina Prepaga a implementar y fomentar el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta a fin de garantizar las prestaciones de demanda esencial.

En su Artículo 2 señala: *“entiéndase por “teleasistencia y/o teleconsulta” a todo servicio asistencial y/o consulta realizada a distancia, mediante el uso de tecnologías adecuadas que garanticen la prestación del servicio en forma oportuna y en condiciones de calidad apropiadas, asegurando la intervención inmediata en un contexto de crisis sanitaria”.*

Mediante esta resolución quedó autorizada la utilización de plataformas que permitían la atención de pacientes en forma virtual de manera sincrónica.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hasta el año 2019 la telemedicina presentó en nuestro país un limitado desarrollo. Solo se había expandido en ciertos aspectos particulares y en algunos ámbitos específicos. Entre otros podemos señalar:

- ✓ El uso de una historia clínica electrónica
- ✓ La consulta médica asincrónica
- ✓ Los sistemas de monitorización a distancia
- ✓ Los programas de diagnóstico por imágenes y de estudios de laboratorio a distancia
- ✓ Los sistemas de telecapacitación profesional
- ✓ El uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TIC's) para la medicina

Asimismo, la población mundial de manera mayoritaria ignoraba este tipo de atención médica remota y gran parte de la comunidad médica solo la utilizaba de manera muy limitada.

La irrupción del Covid 19 de manera global y el consecuente aislamiento domiciliario de la población mundial obligó a un acelerado desarrollo de diferentes herramientas y estrategias a fin de paliar la limitación de la presencialidad. Esta urgente necesidad debió implementarse de manera práctica en un muy limitado tiempo.

Los servicios de salud debieron capacitar a sus planteles en estos novedosos sistemas de atención y a poco de transitar este camino surgieron dilemas éticos y legales que debieron encontrar una respuesta apropiada para así continuar con el desarrollo de la vida.

### Preguntas Problema

- ✓ ¿Cuál es el marco legal que rige actualmente en nuestro país para regular el uso de la Telemedicina?
- ✓ ¿Cuáles son las implicancias médico-legales que afectan el accionar médico

mediante el uso de las herramientas de la telemedicina?

- ✓ ¿Cuáles son los dilemas éticos que debe atravesar un médico al utilizar la Telemedicina?
- ✓ ¿Cuáles son los resguardos éticos y legales que el médico debe considerar al desarrollar su tarea utilizando la Telemedicina?

**Pregunta problema que se desea investigar**

- ✓ ¿Cuál fue el impacto de la implementación de la Teleconsulta en un grupo poblacional residente en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) durante un año calendario en el transcurso de la pandemia por Covid-19?

## **HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

### **Hipótesis primaria**

- La teleconsulta ha resultado una valiosa herramienta para la resolución de la mayoría de las consultas de pacientes que se vieron obligados a realizar una cuarentena prolongada durante la pandemia Covid 19.

### **Hipótesis secundaria**

- Resulta necesario adecuar la legislación nacional vigente al desarrollo de la telemedicina previendo su evolución.
- Es importante fijar de manera clara y precisa los alcances bioéticos de la utilización de la Telemedicina

### **Objetivos generales**

- Señalar las implicancias médico-legales que pudieran afectar al accionar médico mediante el uso de la Teleconsulta, remarcando sus consecuencias civiles y penales.
- Analizar los aspectos bioéticos que involucran el uso de la Telemedicina

### **Objetivos específicos**

- Analizar los resultados obtenidos utilizando la Teleconsulta para la resolución de consultas espontáneas realizadas por una población específica durante un año calendario
- Analizar la legislación nacional vigente sobre el uso de la Telemedicina
- Realizar un análisis comparativo entre la legislación nacional y la internacional acerca de las incumbencias y los alcances de la utilización de la Telemedicina

## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de Investigación:** estudio de cohorte descriptivo, observacional, longitudinal, retrospectivo.

**Período y lugar donde se desarrolla la investigación. Ámbito de estudio:** serie sucesiva de casos atendidos en Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) bajo la modalidad de teleconsulta entre el 1 de noviembre de 2020 y el 30 de octubre de 2021 durante una guardia semanal de 24hs de duración bajo la cobertura de una Obra Social de alcance nacional

**Universo y Unidad de Análisis:** Toda persona que consultó de manera telefónica a la central de emergencias de la Obra Social y que fuera derivado al autor para su resolución por teleasistencia

**Muestra:** Es del tipo no probabilístico, aleatorio, consecutivo, conformada por 2230 llamadas telefónicas bajo la modalidad de teleconsulta.médica, recibidas y respondidas entre el 1 de noviembre de 2020 y el 30 de octubre de 2021

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info Versión 7.2.1.0, software de dominio público diseñado para profesionales e investigadores de salud pública difundido por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

### ● CRITERIOS DE INCLUSION:

\* Se incluyó en el presente estudio toda llamada recibida en la Central de Emergencias de la Obra Social y transferida al autor dentro de las 24hs de atención telefónica en una guardia semanal durante un año calendario. Se incluyen en la etapa de estudio anual los períodos de licencias gozadas, por lo que existe alguna disparidad de resultados en ciertos momentos del estudio.

Se analizaron las siguientes variables:

- ✓ Edades mínima, máxima y media
- ✓ Género
- ✓ Distribución etaria dividida por décadas
- ✓ Porcentaje de pacientes con diagnóstico presuntivo o de certeza de Covid-19
- ✓ Porcentaje de pacientes que consultaron por otras patologías no Covid

- ✓ Porcentaje de pacientes con diagnóstico presuntivo o de certeza de Covid-19 comparada con aquellos que consultaron por otras patologías
  - ✓ Criterios de evaluación utilizando un protocolo de cribado o Triage
  - ✓ Grado de urgencia de la patología
  - ✓ Diagnósticos presuntivos agrupados por órganos o sistemas
  - ✓ Curva de casos con diagnóstico presuntivo de Covid a lo largo del período de estudio
  - ✓ Distribución comparativa de casos Covid y no Covid a lo largo del período de estudio
- 
- **CRITERIOS DE EXCLUSION:**
    - ✓ Aquellas llamadas recibidas que no correspondieron a una solicitud de atención médica



## RESULTADOS

Del análisis los datos obtenidos en el estudio pudimos obtener los siguientes resultados, los que han sido volcados en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Entre el 1 de octubre de 2020 y el 30 de septiembre de 2021 fueron atendidos un total de 2230 llamados telefónicos dirigidos al autor de la investigación desde el sector de atención de emergencias de una Obra Social de alcance nacional que abarcó un universo de personas ubicadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Las edades límites fueron 5 y 101 años (en ambos casos solo 1 paciente en cada uno) y la media se ubicó en los 72 años.

Del universo de pacientes analizados 1539 (69.01%) correspondieron a mujeres y el resto a varones (tabla 1)

<b>GÉNERO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>F</b>	1539	69,01%	69,01%
<b>M</b>	691	30,99%	100,00%
<b>Total</b>	2230	100,00%	100,00%

**Tabla 1**

La distribución etaria por décadas se observa en la Tabla 2. En ella se puede corroborar que el mayor porcentaje de consultas correspondió a personas ubicadas entre la 7° y la 9° década (60 a 89 años)

DÉCADA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	1	0,04%	0,04%
2	10	0,45%	0,49%
3	7	0,31%	0,81%
4	17	0,76%	1,57%
5	47	2,11%	3,69%
6	83	3,73%	7,42%
7	629	28,27%	35,69%
8	837	37,39%	73,08%
9	496	22,29%	95,37%
10	102	4,58%	99,96%
11	1	0,04%	100,00%
<b>Total</b>	2230	100,00%	100,00%

**Tabla 2**

Del total de llamadas atendidas 524 (23.50% del total) correspondieron a pacientes con sospecha o con confirmación de padecer COVID (Tabla 3)

COVID S/N	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>NO</b>	1706	76,50%	76,50%
<b>SI</b>	524	23,50%	100,00%
<b>Total</b>	2230	100,00%	100,00%

**Tabla 3**

Una vez atendida y evaluada la llamada se procedió a finalizarla de 2 maneras: paciente con su consulta resuelta o paciente que requiere atención presencial.

En 1240 consultas (55.61%) se logró resolver la consulta de manera telefónica, 33 personas rechazaron la atención telefónica (1.48%), solo 1 caso no pudo ser respondido por no poder entablar la comunicación (0.04%). El resto de la población analizada requirió de una atención presencial con diversos grados de urgencia.

Los cuadros de asistencia presencial fueron catalogados de acuerdo con los Criterios de Triage en Verde (sin urgencia), Amarillo (urgencia mediata) y Rojo (emergencia inmediata). De ellos el mayor porcentaje correspondió a la asistencia sin criterios de urgencia con un 34,57% del total de llamados, seguido por la urgencia mediata (6.37% del total de llamados) y finalmente un 1,93% correspondió a llamados de emergencia. La mayoría de las llamadas fueron resueltas mediante este método (55,61%), en 33 casos (1.48%) los pacientes anularon el llamado por diferentes motivos y solo 1 llamado no pudo ser completado por imposibilidad de establecer la comunicación.

La descripción de los resultados analizados se puede observar en la tabla 4

<b>Criterios por Triage</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Resuelta</b>	1240	55,61%	55,61%
<b>Anula por rechazo</b>	33	1,48%	57,09%
<b>Incontactable</b>	1	0,04%	57,13%
<b>Rojo</b>	43	1,93%	59,06%
<b>Amarillo</b>	142	6,37%	65,43%
<b>Verde</b>	771	34,57%	100,00%
<b>Total</b>	2230	100,00%	100,00%

**Tabla 4**

Se analizó además el grado de urgencia (GDU) de los llamados recibidos, señalando que en 34 reclamos de asistencia los pacientes anularon el pedido o no pudieron ser contactados (A o R). Se observó una mayoritaria consulta por casos con un bajo grado de urgencia (G3), por lo que el método de evaluación por telemedicina resultó de utilidad para la resolución de la mayoría de las solicitudes de atención. Los resultados de acuerdo con el grado de urgencia se observan en la Tabla 5

<b>GDU</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>A o R</b>	34	1,52%	1,52%
<b>G1</b>	43	1,93%	3,45%
<b>G2</b>	96	4,30%	7,75%
<b>G3</b>	2057	92,24%	100,00%
<b>Total</b>	2230	100,00%	100,00%

**Tabla 5**

Al analizar los diagnósticos presuntivos obtenidos luego de la evaluación telefónica observamos como resultado una gran dispersión. Por ello y a los fines del presente trabajo los hemos agrupado de acuerdo con lo que se observa en la Tabla 6.

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Cuadros febriles Cuadros respiratorios Sospecha de Covid</b>	1050	47,08%	47,08%
<b>Cuadros de origen abdominal</b>	127	5,70%	52,78%
<b>Cuadros cardiovasculares HTA</b>	37	1,66%	54,44%
<b>Cuadros articulares Traumatismos</b>	222	9,95%	64,39%
<b>Cuadros de origen urinario</b>	36	1,61%	66%
<b>Cuadros con diagnóstico no definido</b>	174	7,80%	73,80%
<b>Cuadros neurológicos Cuadros psiquiátricos</b>	38	1,70%	75,5%
<b>Otros diagnósticos</b>	546	24,50%	100%
<b>Total</b>	2230	100%	100%

**Tabla 6**

En la tabla 7 se encuentran señalados los casos sospechosos o confirmados de Covid frente a los pacientes que consultaron por otros motivos de salud

Mes	Covid no	Covid si	Total mensual	Porcentaje Covid no	Porcentaje Covid si
<b>Octubre</b>	187	71	258	72,48%	27,52%
<b>Noviembre</b>	118	24	142	83,10%	16,90%
<b>Diciembre</b>	150	25	175	85,71%	14,29%
<b>Enero</b>	126	37	163	77,30%	22,70%
<b>Febrero</b>	158	33	191	82,72%	17,28%
<b>Marzo</b>	50	42	92	54,35%	<b>45,65%</b>
<b>Abril</b>	303	157	455	65,50%	<b>34,50%</b>
<b>Mayo</b>	148	41	189	78,31%	21,69%
<b>Junio</b>	161	65	226	71,24%	28,76%
<b>Julio</b>	60	18	78	76,92%	23,08%
<b>Agosto</b>	152	8	160	95,00%	5,00%
<b>Septiembre</b>	93	3	96	96,87%	3,13%
<b>Total</b>	1706	524	2230	100,00%	100,00%

**Tabla 7**

Al desagregar cada uno de los meses observamos un incremento significativo de casos de Covid y de otras patologías durante los meses de marzo y abril de 2021. (Gráfico 1)

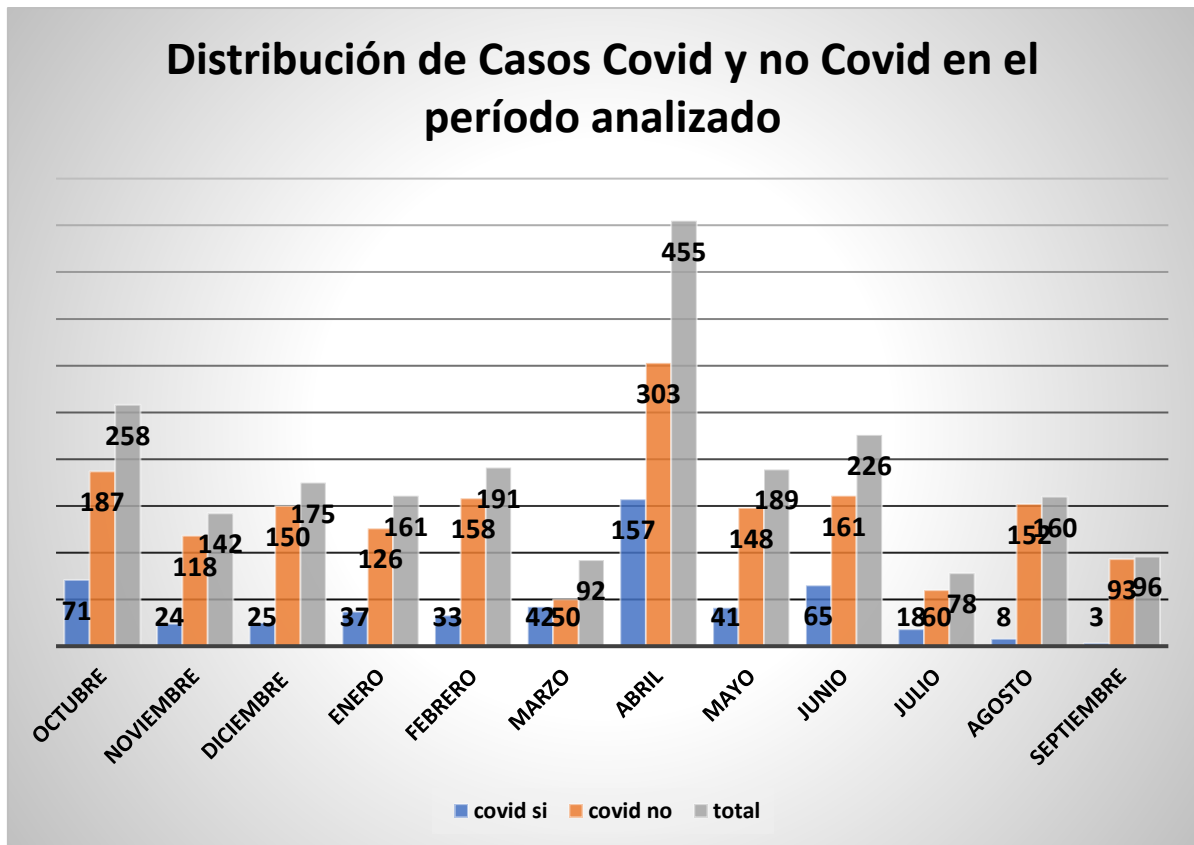


Gráfico 1

En el Gráfico 2 se refleja el aumento porcentual de casos con sospecha o confirmación de caso de Covid. En él se observa un marcado ascenso especialmente durante el mes de marzo de 2021 con un descenso progresivo hacia agosto y septiembre.

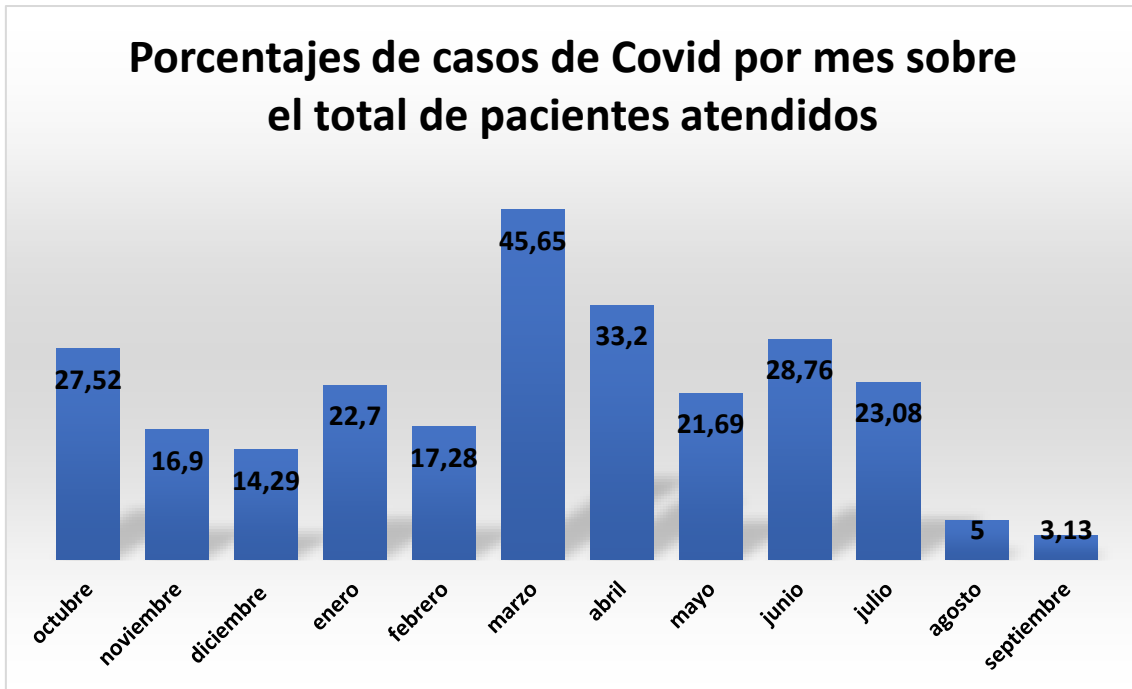


Gráfico 2

## DISCUSIÓN

El objeto de este trabajo de investigación se centró en el impacto generado en el desarrollo de los programas de telesalud como consecuencia de la irrupción de la pandemia de Covid-19 a comienzo del año 2020.

Esta situación inédita obligó a una modificación de los conceptos de atención médica y de la relación médico-paciente, a una adaptación del marco legal vigente, a un ajuste en aspectos médico - legales que permitan el normal desarrollo de la actividad médica, como así también a un análisis de aspectos éticos que involucran el ejercicio de la profesión médica entre otras variables a considerar.

Las medidas de aislamiento y de distanciamiento social impuestas por la autoridad sanitaria, sumado a las deficiencias detectadas en el sistema de salud para afrontar una situación de pandemia, las aglomeraciones urbanas, los amplios conurbanos habitados por barriadas populosas, sectores de escasos recursos hacinados en viviendas precarias con deficientes sistemas sanitarios o las dificultades de acceso a centros de salud debido a la extensión territorial de nuestro país, entre otros aspectos relevantes impulsaron a las autoridades de las distintas jurisdicciones de la República Argentina a implementar y luego desarrollar herramientas de la telemedicina en nuestro sistema sanitario.

Por tal motivo fue imprescindible enmarcar toda esta actividad dentro de una normativa legal que permita fijar las obligaciones inherentes a la actividad médica de manera clara y precisa, como así también para defender los derechos tanto de pacientes como de profesionales.

De acuerdo con la literatura consultada la implementación de la telemedicina involucró una constelación de múltiples actores. Entre aquellos aspectos estudiados podemos incluir entre otros:

- factores médicos,
- factores sanitarios,
- factores jurídicos,
- marcos regulatorios,
- sistemas de gestión,
- aspectos clínicos,
- aspectos que comprometen la salud mental,
- aspectos filosóficos,
- diversas situaciones del marco social,



- factores culturales,
- factores religiosos,
- equipamiento tecnológico,
- marco institucional,
- factores políticos, económicos y financieros,
- factores arquitectónicos y de infraestructura.

Tal como ya lo señaláramos en capítulos previos, resulta frecuente confundir de manera coloquial el termino *Telemedicina* con el de *Teleconsulta*. Esto se encuentra alejado de la realidad ya que la Teleconsulta es solo una pequeña porción del campo que abarca la Telemedicina, el que se encuentra incluido dentro de un concepto más abarcativo como lo es el de la *Salud Digital*.

**“La Salud Digital es el concepto que incorpora tecnologías de información y la comunicación (TIC) a productos, servicios y procesos de atención sanitaria, así como a las organizaciones o instituciones que pueden mejorar la salud y bienestar de la población”<sup>31</sup>**

Debido a la complejidad y a lo vasto del desarrollo de esta temática solo nos hemos enfocado para este trabajo de investigación en cuatro ejes temáticos:

1. **Un ejemplo práctico** de la utilización de la Teleconsulta por parte de una Obra Social de alcance nacional durante una guardia semanal de 24hs. a lo largo de un año calendario que abarcó a una población residente en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires)
2. **Un detalle del Marco Legal vigente** hasta el comienzo de la pandemia y sus sucesivas modificaciones hasta el cierre del presente trabajo
3. **Un análisis de los aspectos médico – legales** que involucran la utilización de la Telemedicina
4. **Una consideración de los aspectos éticos** que involucran a un programa de Telemedicina

## **1.- Análisis del impacto de la utilización de la Teleconsulta en un servicio de emergencias en el AMBA**

La introducción de los sistemas de atención remota provocó una modificación en los criterios de asistencia de las personas afiliadas a sistemas de salud gerenciados tanto por organismos de gestión pública como privada.

La situación crítica que se gestó durante los primeros meses de estallada la pandemia y que marcó su pico de afectación a mediados del año 2020 provocó diversas situaciones que debieron solucionarse mediante novedosas medidas.

Entre los múltiples factores que debieron resolverse, uno de ellos constituyó la insuficiente cantidad de personal de salud que atendiera la emergencia.

Esta situación se generó debido a diversas razones:

- 1- La significativa baja de los profesionales de la salud por padecer una enfermedad aguda (sea Covid o no)
- 2- La gran cantidad de contactos estrechos reportados durante las etapas de mayor contagio
- 3- La necesidad del aislamiento obligatorio de trabajadores del sistema de salud por ser personas de riesgo debido a una edad superior a los 60 años,
- 4- Personal que, al presentar comorbilidades, le estaba vedado desarrollar una actividad presencial.
- 5- Personal fallecido o con secuelas moderadas o graves

La telesalud permitió brindar una respuesta para este grupo de profesionales, ya que el trabajo remoto permitió tanto una reinserción laboral temprana, como una respuesta a la enorme demanda de atención provocada por la pandemia.

A los fines de este Trabajo Final Integrador se ha protegido la confidencialidad de los datos aportados por la Obra Social de referencia, los cuales se hallan a disposición del jurado para su cotejo.

De acuerdo con la información brindada por la propia Obra Social<sup>31</sup>, desde marzo de 2020 se observó un notable incremento en la totalidad de servicios realizados, en especial aquellos con complejidad media (amarillos) y alta (rojos).

*Este “aumento significativo en la demanda de atención impacta negativamente en la capacidad operativa para dar respuesta a los problemas de salud de menor complejidad”<sup>31</sup>*

En función de esta realidad se decidió brindar una solución a la demanda de los servicios de baja complejidad (verdes) mediante la asignación de tareas en el área de telemedicina del personal médico que se encontraba confinado, lo que permitió dar respuesta al aumento en el caudal de llamadas mediante una video-consulta o de una teleconsulta realizada a través de una llamada telefónica.

Según los propios resultados presentados en este informe en octubre de 2021 el 60% de las consultas pudieron ser resueltas sin necesidad de enviar un móvil. Como vemos, tanto el informe presentado por la Obra Social, como este estudio de investigación coinciden en los períodos estudiados

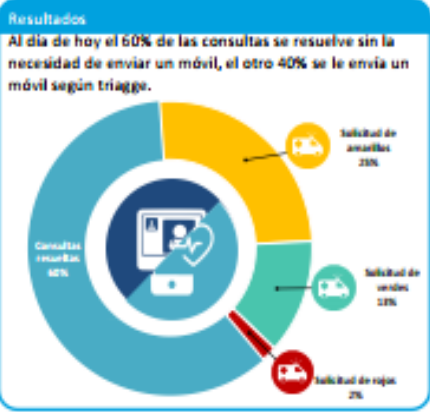
Si analizamos los factores *“personal de salud”* y *“demanda de atención”* podemos señalar que la implementación de esta modalidad virtual permitió el regreso al trabajo de una cantidad significativa de profesionales y brindó una solución a un número mayoritario de casos, sin la necesidad del envío de una ambulancia. De esta manera se logró una mayor eficiencia en el servicio con una disminución en los costos operativos



**Comienza la pandemia**  
El staff con comorbilidades se debe aislar (incluido el personal médico que realizaba atención en ambulancias así como en la central de atención telefónica)

**Incremento de la demanda**  
Se produce un aumento significativo en la demanda de atención, fundamentalmente de personas con cuadros respiratorios graves. Esta demanda impacta negativamente en la capacidad operativa para dar respuesta a los problemas de salud de menor complejidad.

**Implementación de Tele y Video medicina**  
Se desarrolló una nueva modalidad de atención médica que permitió dar respuesta al aumento en el caudal de llamadas, se refuncionalizó al personal médico que se encontraba aislado y así se dio respuesta a la demanda de servicios de complejidad baja (verdes), mediante una llamada telefónica o una video consulta.



**Conclusiones:** se puede evidenciar que los servicios clasificados como verdes, después de iniciar esta nueva modalidad de atención, no solo permitió refuncionalizar al personal médico aislado mientras se resolvían las consultas por parte de las personas afiliadas, sino que también permitió disminuir la cantidad de móviles asignados a la baja complejidad.

CUADRO COMPARATIVO<sup>31</sup>

## 2.- Aspectos del Marco Legal de la Telesalud

Mucho antes del comienzo de la Pandemia que nos afectó desde comienzo del año 2020 la entonces Secretaría de Gobierno de Salud dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social aprobó mediante la Resolución 189/2018 APN-SGS#MSYDS<sup>25</sup> la **Estrategia Nacional de Salud Digital**, la que contempla entre otros objetivos *“la implementación de redes de salud 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”*<sup>26</sup>.

El 9 de enero de 2019 se publicó en el Boletín Oficial la Resolución 21/2019 mediante la cual se crea el **Plan Nacional de Telesalud y se crea el Registro Nacional de Nodos y Servicios de Telesalud** con el 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”*.

Bajo ese marco se creó el Grupo Asesor cuyo objetivo fue presentar recomendaciones sobre cómo realizar una teleconsulta síncrona entre un profesional de la salud y un paciente de manera segura y ética.

Entre las conclusiones a las cuales arribó dicho Grupo Asesor se destaca como debilidad bajo una matriz FODA **una ausencia en nuestro país de un marco legal y regulatorio sobre la telemedicina.**

Fue necesario entonces adaptar la legislación vigente hasta ese momento a las nuevas necesidades de atención remota.

De tal manera analizaremos en primer lugar las leyes vigentes hasta el momento en el que fue necesaria la implementación de la telesalud y las modificaciones surgidas en dicha normativa con el fin de adaptarla a la nueva realidad sanitaria.

La **Ley 17132** de ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración sancionada el 24 de enero de 1967 en su Artículo 2° considera como ejercicio de la medicina *“anunciar, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el artículo 13°”*

Por su parte en el Artículo 16° de la Ley 17132 dice: *“Los profesionales referidos en el artículo 13°, sólo podrán ejercer en los locales o consultorios previamente habilitados o en instituciones o establecimientos asistenciales o de investigación oficiales o privados habilitados o en el domicilio del paciente. Toda actividad médica en otros lugares no es admisible, salvo casos de fuerza mayor o fortuitos”.*

Ya en este párrafo encontramos una imposibilidad de realizar la actividad médica en otro sitio que no sea el autorizado por esta ley. La atención virtual permite ejercer la profesión médica a distancia, por lo que este artículo debió ser modificado.

Dada la limitación en el ejercicio de la medicina que provocaban estos artículos es que el 11 de agosto de 2020 se publica en el Boletín Oficial la **Ley 27553 de recetas electrónicas o digitales** que incorpora el artículo 2° bis a la Ley de ejercicio de la medicina mediante el siguiente texto: *“se habilita la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas, garantizando los derechos establecidos en la ley 26.529 de Derechos del Paciente. La teleasistencia puede desarrollarse solo para prácticas autorizadas a tal fin, de acuerdo con protocolos y plataformas aprobadas para la misma por la autoridad de aplicación”.*

Como podemos observar esta Ley no solo autoriza la práctica de la teleasistencia, sino que además incorpora lo normado en la Ley de Derechos del Paciente, tema no contemplado en el texto original.

En el Artículo 19° inciso 7° de la Ley de Ejercicio de la Medicina se señala que el profesional médico está obligado a prescribir o certificar en formularios que deberán llevar impresos en castellano su nombre, apellido, profesión, número de matrícula, domicilio y número telefónico cuando corresponda. Sólo podrán anunciarse cargos técnicos o títulos que consten registrados en la Secretaría de Estado de Salud Pública en las condiciones que se reglamenten. Las prescripciones y/o recetas deberán ser manuscritas, formuladas en castellano, fechadas y firmadas.

Este artículo prohibía la emisión de recetas y/o certificados de manera electrónica ya que claramente indicaba que las mismas debían estar manuscritas, fechadas y firmadas.

Este inciso fue sustituido por el artículo 5° de la **Ley 27553 Recetas electrónicas o digitales** donde dice: *“Prescribir o certificar en recetas manuscritas, electrónicas o digitales, en las que debe constar la siguiente información en idioma nacional: nombre, apellido, profesión, número de matrícula, domicilio, número telefónico y correo electrónico cuando corresponda. Solo pueden anunciarse cargos técnicos o títulos que consten registrados en la autoridad de aplicación competente y en las condiciones que*

*se reglamenten. Las prescripciones y/o recetas deben ser formuladas en idioma nacional, fechadas y firmadas en forma manuscrita, electrónica o digital. En caso de ser redactadas electrónicamente, la firma y demás requisitos técnicos y legales deben adecuarse a la legislación vigente. En caso de utilizar la firma digital, la misma debe adecuarse a la ley 25.506, de firma digital, adhiriendo al régimen e intermediando una autoridad certificante”.*

Resulta interesante analizar este artículo ya que incorpora el concepto de la *protección de datos digitales* al mencionar específicamente la necesidad de adecuarse a la **Ley 25506 Ley de Firma Digital**.

Esta norma protege mediante disposiciones específicas la privacidad de la información vertida mediante procedimientos electrónicos o digitales. En sus artículos 5° y 6° realiza una clara diferenciación entre Firma electrónica y Documento digital.

Señala que la primera se entiende “*al conjunto de datos electrónicos integrados, ligados o asociados de manera lógica a otros datos electrónicos...*” mientras que el documento digital el “*la representación digital de actos o hechos, con independencia del soporte utilizado para su fijación, almacenamiento o archivo...*”

Esta diferencia no es simple, sino extremadamente compleja ya que un documento digital debe reunir una serie de requisitos de validez que se encuentran especificados en el Artículo 14° de la Ley 25506. Ellos son:

a) Ser emitidos por un certificador licenciado por el ente licenciante;

b) Responder a formatos estándares reconocidos internacionalmente, fijados por la autoridad de aplicación, y contener, como mínimo, los datos que permitan:

1. *Identificar indubitablemente a su titular y al certificador licenciado que lo emitió, indicando su período de vigencia y los datos que permitan su identificación única;*
2. *Ser susceptible de verificación respecto de su estado de revocación;*
3. *Diferenciar claramente la información verificada de la no verificada incluidas en el certificado;*
4. *Contemplar la información necesaria para la verificación de la firma;*
5. *Identificar la política de certificación bajo la cual fue emitido.*

Tanto la necesidad de un certificador licenciado como el hecho de responder a estándares internacionales de protección de datos digitales permiten el resguardo de la información vertida por el paciente y el profesional.

La **Ley 26529** en su Artículo 13° señala respecto de la Historia Clínica Informatizada: “El contenido de la historia clínica puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad...”

En este artículo se señalan claramente las necesidades imprescindibles para la protección de la Historia Clínica Informatizada:

- Integralidad
- Autenticidad
- Inalterabilidad
- Perdurabilidad
- Recuperabilidad de los datos contenidos
- El uso de accesos restringidos con claves de identificación
- Medios no reescribibles de almacenamiento
- Control de modificación de campos
- Cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad
- Designación de un responsable para su guarda

Resulta claro que estos requisitos pueden ser cubiertos solo por medios digitales que reúnan las condiciones exigidas en la Ley y no puede ser suplantado por medios meramente electrónicos.

Analizado este Marco Legal Nacional debemos remarcar que nuestro país es un Estado Federal constituido por 23 Provincias y una Ciudad Autónoma y por ello cada jurisdicción conserva su derecho de dictar Leyes, Decretos, Resoluciones y Disposiciones de carácter local que aborden entre otros el tema de la telesalud.

Resultaría excesivo para este Trabajo de Investigación señalar cada una de estas normas por lo que no nos detendremos en ellas. Solo nos resta decir que ninguna de ellas puede ser contraria a una Ley Nacional.

### **3.- Consideraciones Médico – Legales de la Telemedicina**

Si bien la telemedicina se hizo muy visible a partir del inicio de la Pandemia Covid- 19 sus comienzos se remontan a varias décadas previas. Tal es así que en el año 2020 ya



existían diversas leyes y reglamentaciones, tanto nacionales como provinciales que abordaban este tema, tal como lo hemos desarrollado en el segmento del Marco Legal.

Con la sanción de la Ley 27553 sobre Telesalud, se establece en su Artículo 1 inciso b la autorización de la prescripción de recetas de manera electrónica y se autoriza la utilización de plataformas de teleasistencia

Además, mediante la incorporación del Artículo 2 bis a la Ley 17132 de Ejercicio de la Medicina, se habilita la práctica de teleasistencia solo bajo las siguientes normas:

- Garantizando los derechos del paciente establecidos en la Ley 26529
- Solo puede desarrollarse para prácticas a tal fin
- Deben utilizarse protocolos y plataformas aprobadas por la autoridad de aplicación

De tal manera que la Ley limita el ejercicio de la telemedicina, encuadrándolo bajo ciertos estándares precisos.

Aún resta reglamentar la parte final de la Ley, ya que al momento de redactarse el presente trabajo no se encuentran aún aprobadas las plataformas autorizadas para la realización de las teleconsultas.

¿Cuáles son las condiciones o los requisitos que son necesarios para la realización de una teleconsulta de acuerdo con las normas que existen actualmente?

1. Una plataforma aprobada
2. Una historia clínica
3. El consentimiento informado
4. La confidencialidad
5. El resguardo de los datos

1.- Como ya lo hemos señalado previamente, aún resta reglamentar la Ley que especifique que tipo de plataformas se encuentran autorizadas para realizar la teleconsulta.

2.- Dado que *todo acto médico debe ser registrado en una historia clínica*, de acuerdo con lo que indica la Ley de Derechos del Paciente, una teleconsulta debe ser registrada de la misma manera que una consulta presencial, donde quede asentada la práctica realizada.

Ya que la plataforma por la cual se realiza la teleconsulta debe resguardar los datos allí ingresados, impidiendo su modificación por parte de terceros, la historia clínica electrónica debe cumplir con los mismos requisitos que una confeccionada en forma manual y tiene valor legal.

3.- Ante todo Acto Médico resulta obligatorio informar al paciente sobre los límites que posee la práctica de la teleconsulta, su estado de salud, sobre su diagnóstico presuntivo, sobre los tratamientos sugeridos y sobre toda práctica médica que deba realizarse sobre su cuerpo.

4.- La actividad de la teleconsulta se debe realizar en un ámbito de privacidad entre el médico y el paciente que permita el resguardo del Secreto Médico. Esto implica que no es recomendable realizar la teleconsulta en un sitio transitado por terceros o que puedan interferir en el diálogo entre ambas partes.

5.- El médico es el responsable del resguardo de la información recogida durante la práctica de la teleconsulta, de la misma manera que si la consulta se hubiese realizado de manera presencial.

Uno de los aspectos relevantes a los cuales nos hemos referido es el tema del resguardo de la información recibida de manera virtual y la posibilidad de su utilización de manera delictual.

Existen protocolos de informática forense que se utilizan como herramienta de investigación ante la aparición de ciber incidentes en la telemedicina, que tienen como objeto preservar la información médica<sup>32-33</sup>.

Durante la pandemia Covid-19 el sector salud fue uno de los objetivos de los ataques informáticos. La variedad de dispositivos que se utilizan para la telemedicina aumenta la posibilidad de ciberataques y pone en riesgo los contenidos de una red al volverla vulnerable a intromisiones no autorizadas.

Mediante la informática forense es posible recoger el rastro digital, identificar la autenticidad de los datos y prevenir o castigar un posible delito.

Otro tema que abarca aspectos legales de la telemedicina es el de la Jurisdiccionalidad.

Como sabemos nuestro país federal está compuesto por 24 jurisdicciones y cada una de ellas posee una legislación particular. La regulación de la matrícula médica es uno de los aspectos particulares de cada jurisdicción.

Existen además en algunas provincias de nuestro país diferentes Colegios Médicos que autorizan el ejercicio de la profesión médica dentro de los límites de su jurisdicción.

Esta compleja trama de organismos habilitantes conlleva una situación conflictiva aún no resuelta para el ejercicio de la telemedicina, tanto desde el punto de vista médico legal como del jurídico.

#### **4.- Consideraciones éticas de la Telemedicina**

Como primera consideración debemos remarcar que la utilización de la Telemedicina debe ser guiada por los mismos principios éticos sobre los cuales se ha basado la medicina antes de la aparición de las nuevas tecnologías

En un trabajo publicado recientemente en donde se analizan las características particulares que ha introducido esta nueva manera de concretar el acto médico se han planteado una serie de problemas éticos <sup>4</sup>

- El impacto en la relación médico-paciente
- La desaparición del contacto físico directo entre el profesional de la salud y quien consulta
- Una potencial despersonalización en la relación
- Una nueva carga de información sobre la tecnología utilizada, en especial sobre los pacientes con patologías crónicas y terminales
- Los nuevos desafíos relacionados con la privacidad y la confidencialidad
- Una posible desigualdad en la distribución de los beneficios de la telemedicina
- El reemplazo de visitas presenciales por visitas virtuales
- El uso de una tecnología nueva y costosa

Como bien sabemos los valores sociales, éticos y legales no son estáticos. La aparición de situaciones novedosas e inéditas nos obliga a revisar criterios y principios que deben adecuarse a las nuevas realidades.

La irrupción de la Telemedicina ha provocado un cambio en el paradigma de la atención médica y como ya lo señaláramos previamente la Teleconsulta forma parte de la Telemedicina

Sin embargo, existe aún un gran número de profesionales de la salud que todavía plantean reparos en practicar la consulta remota debido a preocupaciones legales y éticas.

Debemos recordar que la consulta virtual no reemplaza a la consulta presencial ya que existen diferencias insalvables entre ambas.

Por ello resulta éticamente indispensable comunicarle al paciente que la consulta virtual es solo una herramienta más con la que contamos los médicos para la atención de pacientes. Esto significa que debemos detallarle al paciente sus alcances y sus limitaciones.

Esto es posible recurriendo al Consentimiento Informado, recurso de cumplimiento obligatorio frente a todo acto médico de acuerdo con lo normado en la Ley 26529<sup>19</sup>.

De acuerdo con esta Ley solo se requiere el Consentimiento Informado escrito en 6 casos puntuales

- Para una internación
- Para una intervención quirúrgica
- Para procedimiento diagnósticos riesgosos o invasivos
- Para procedimientos terapéuticos riesgosos o invasivos
- Para la revocación de consentimientos previos
- Para la interrupción voluntaria del embarazo

Para el resto de los procedimientos médicos es suficiente el Consentimiento Informado de manera verbal, el cual debe ser especificado al confeccionar la Historia Clínica del paciente.

Dado que la Telemedicina no se encuentra incluido dentro de las 6 causas de obligatoriedad del registro escrito resulta suficiente consignar en la consulta que el paciente ha brindado el consentimiento verbal para la práctica virtual y que se le ha explicado las limitaciones del procedimiento.

<b>Consulta presencial</b>	<b>Consulta virtual</b>
El médico puede “sentir” al paciente	El médico no puede “sentir” al paciente
El médico puede observar al paciente	Resulta dificultoso para el médico observar en su totalidad al paciente
El médico puede realizar maniobras sobre el paciente	El médico no puede realizar maniobras sobre el paciente
El médico puede auscultar al paciente	El médico no puede auscultar al paciente
El médico puede tomar los signos vitales	El médico no puede tomar los signos vitales
El médico puede realizar procedimientos sobre el paciente	El médico no puede realizar procedimientos sobre el paciente
El médico puede valorar el entorno habitacional	Resulta extremadamente dificultoso para el médico valorar el entorno habitacional
El médico puede valorar el entorno familiar	Resulta extremadamente dificultoso para el médico valorar el entorno familiar
La consulta presencial puede ser diagnóstica y/o terapéutica	La consulta virtual puede ser diagnóstica y en ocasiones puede llegar a ser terapéutica

#### CUADRO COMPARATIVO

En el mundo existen diversos códigos de ética redactados por diferentes entidades científicas.

En nuestro país la Asociación Médica Argentina presentó en el año 2001 el Código de Ética para el Equipo de Salud<sup>34</sup>. Ya en su primera edición esta obra traducida entre otros idiomas al inglés, portugués, francés, griego, ruso, árabe, hebreo, italiano, chino, alemán y muchos otros introdujo en su Capítulo 14 el tema Nuevas Tecnologías en Informática y Ciencias de la Salud.

A lo largo de 34 artículos (desde el 224 al 258) desarrolla una vasta y variada serie de temas éticos relacionados con la práctica médica utilizando estos recursos tecnológicos.

Entre otras cuestiones que trata este Capítulo podemos señalar a la necesidad de solicitar un Consentimiento Informado, el registro de la información suministrada por el paciente y los derechos respecto a su acceso.

Pone también énfasis en la implementación de protocolos y mecanismos apropiados para monitorear el almacenamiento, acceso, uso, manipulación o comunicación de la información.

El control de los contenidos, el manejo de la publicidad de manera responsable, los entes financieros del sitio informático y la política de privacidad son también señalados aquí.

Nada dice entre estos artículos sobre la relación médico- paciente a distancia, sobre la teleconsulta, o la utilización de sistemas de mensajería instantánea como vínculo médico, entre otras cuestiones éticas

La séptima edición del Manual de ética del American College of Physicians (ACP) (2019)<sup>35</sup> incluye una sección en donde se efectúan recomendaciones para la práctica ética de la telemedicina.

Entre otras sugiere que previo a la teleconsulta entre el médico y el paciente se establezca una visita personal o en su defecto con otro médico que haya tenido una relación con el paciente.

En forma coincidente la Fundación Femeba publica en el mismo año las “Recomendaciones oficiales para el buen uso de la telemedicina”.

En su apartado “Consideraciones sobre el encuentro profesional de la salud Paciente a distancia” señala: *“Se sugiere, de ser factible, que las teleconsultas sincrónicas con pacientes se realicen previa visita presencial con el mismo profesional de la salud. Ello permitirá que el contacto virtual permita dar la continuidad del cuidado, manteniendo y reforzando la relación profesional de la salud- paciente”*.

La visita presencial previa resulta un aspecto controversial que deberá ser considerado en el futuro.

Finalmente señala que los beneficios de un mayor acceso a la atención a través de la telemedicina deben ser balanceados con el riesgo de la pérdida del encuentro interpersonal.

<b>Debe haber una relación médico-paciente válida para que se lleve a cabo un servicio de telemedicina profesionalmente responsable.</b>
<b>Un encuentro de telemedicina en sí mismo puede establecer una relación médico-paciente a través de tecnología audiovisual técnicamente apropiada en tiempo real.</b>
<b>En ausencia de un contacto previo directo o una relación existente antes de un encuentro de telemedicina, el médico debe tomar las medidas adecuadas para establecer una relación con otro médico que tenga una relación con el paciente</b>
<b>Los beneficios de un mayor acceso a la atención a través de la telemedicina deben equilibrarse con los riesgos de la pérdida del encuentro en persona, por ejemplo, el potencial de diagnóstico erróneo, la prescripción excesiva, la ausencia de interacciones en persona, incluido el valor terapéutico del tacto y el lenguaje corporal y la continuidad de la atención.</b>

TOMADO DE LAS RECOMENDACIONES DEL MANUAL DE ÉTICA  
AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS (2019)<sup>36</sup>

Kuziemsky y colaboradores<sup>36</sup> publicaron un trabajo sobre ética en Telesalud. En él se comparan las Guías directrices con la práctica basada en la experiencia. En este estudio se formularon de cuatro preguntas abiertas a profesionales de telesalud para comparar las pautas éticas para la telesalud con los problemas de la práctica clínica:

1. ¿Qué diferencias culturales y regionales afectan las cuestiones éticas en la telesalud?
2. ¿Cuáles son las implicancias éticas del uso de la Inteligencia Artificial y el big data generado por los servicios de telemedicina?
3. ¿En qué se diferencia la ética de la telesalud de la práctica médica presencial?
4. ¿Cuáles son las cuestiones éticas relacionadas con el cuidado de ancianos mediante la utilización de la telesalud?

Existen respuestas dispares a estos interrogantes, aunque algunas de ellas son coincidentes y muy interesantes.

A la primera pregunta sobre diferencias culturales y regionales se analizaron 4 países distintos: Sri Lanka, Colombia, Estados Unidos y Argentina. Los profesionales de las 4

regiones pusieron énfasis en la necesidad de la protección de los datos, la confidencialidad, la privacidad, el consentimiento informado.

Otro aspecto relevante fue el que se refiere a limitar la práctica médica transfronteriza autorizando su implementación a través de profesionales matriculados en el país (y en algunos lugares en el estado o provincia) en el sitio de residencia del paciente. Esto plantea un dilema ético en el caso de un profesional al cual se lo convoca a una consulta médica remota y no está matriculado en el lugar de donde se genera la consulta. ¿Puede acaso ese médico negarse a la atención?

Respecto de la pregunta sobre el uso de la Inteligencia Artificial se recomienda una evaluación cuidadosa de los riesgos del uso de estas tecnologías. Pone como ejemplo la utilización de algoritmos de reconocimiento facial que podrían hipotéticamente reconocer trastornos en el estado de ánimo o problemas psiquiátricos e inducir a errores diagnósticos.

Sobre si existen diferencias éticas entre la telesalud y la práctica médica presencial el trabajo afirma que independientemente del surgimiento de nuevas tecnologías y modelos de atención las responsabilidades éticas fundamentales de los médicos siguen siendo las mismas. Esto incluye una sólida relación médico paciente, proteger la privacidad, promover la equidad en el acceso y el tratamiento y buscar los mejores resultados posibles.

Al abordar el tema del cuidado del adulto mayor ponen énfasis en los reparos éticos al abordar el tema “tiempo o prolongación de vida” versus “calidad de vida” como así también el aspecto la invasión a la privacidad mediante el monitoreo permanente a través de sensores, cámaras y otras tecnologías similares, aún si lo imponen personas allegadas bien intencionadas.

Ya en el año 2003 Ross Siverman<sup>37</sup> publica un trabajo en donde analiza hace ya casi 20 años los aspectos legales y éticos de la telemedicina.

Señala allí que muchos médicos se mostraban reacios a participar en este tipo de práctica médica debido a preocupaciones legales y éticas no resueltas, dirigidas principalmente a cuatro aspectos: la relación médico paciente, los conflictos legales suscitados por mala praxis, la matriculación (conflictos transfronterizos) y las normas de facturación.

Otro trabajo publicado el mismo año por Alan Miller<sup>38</sup> señala las dificultades en la comunicación interpersonal que provocaría la telemedicina. Al respecto postula una



despersonalización de la relación médico paciente, los impedimentos participativos y las limitaciones sensoriales y no verbales en la interrelación personal.

Recientemente en el mes de noviembre de 2021 el Ministerio de Salud de la Nación, a través de sus Secretarías de Equidad y de Calidad de en Salud publican un trabajo titulado “Documento de Buenas Prácticas para la Teleconsulta. Teleconsulta con el/la paciente<sup>39</sup>”.

El objetivo general de este instrumento es el de establecer una línea de base de Buenas Prácticas vinculadas a la modalidad de provisión de servicios de salud a través de las TIC´S, que permita fortalecer la seguridad de los procesos, su desarrollo y el *resguardo de los derechos*, mientras que entre los objetivos específicos se señala el generar un marco común con pautas específicas *con el cuidado de la privacidad de los datos sensibles en la provisión del servicio asistencial*.

Otro aspecto controversial desde el punto de vista ético durante el período de pandemia fue el de la soledad de los pacientes al final de sus días.

Consuegra-Fernandez M y col.<sup>40</sup> plantean en un interesante trabajo esta cuestión bioética surgida durante los momentos de mayor impacto del Covid-19 en nuestro planeta.

Plantean que aunque las medidas de aislamiento social permitieron priorizar la atención sanitaria de los pacientes en estado crítico y contribuyeron a dotar a los servicios hospitalarios y sanatoriales de los recursos físicos necesarios para la atención de un volumen inmenso de pacientes y de esta manera evitar un colapso sanitario, estas medidas poco han ayudado a aquellas personas que transcurrieron sus últimos días en absoluta soledad vulnerando su derecho a decidir con quien pasar sus momentos finales de vida.

Frente a esta realidad se han instrumentado una serie de alternativas para paliar esta situación traumática mediante la utilización de dispositivos tecnológicos de comunicación a distancia. Asimismo, los profesionales de la salud hay desempeñado una labor encomiable mediante el apoyo presencial en los instantes finales de vida.

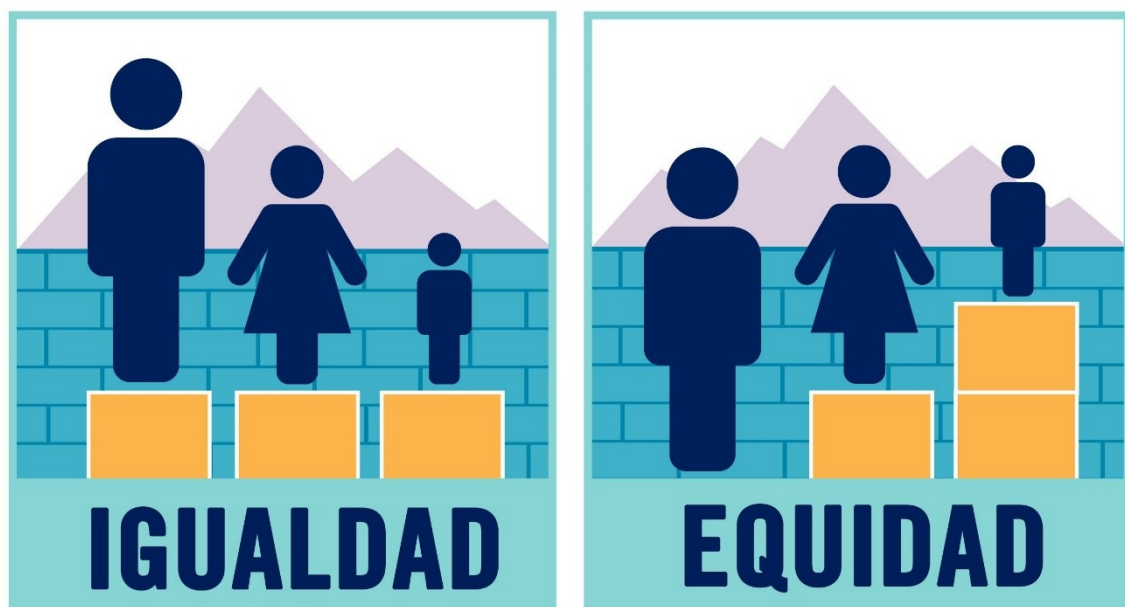
Resulta por lo tanto necesario revisar las opciones de acompañamiento de pacientes en estado terminal y de esta manera garantizar los derechos que le asisten a estas personas en su momento de fin de vida.

Finalizamos estas consideraciones éticas de la Telemedicina refiriéndonos a la Equidad como misión de la Telesalud.

En el portal de Internet del Ministerio de Salud de la Nación, la **Coordinación de Telesalud** señala que *tiene como misión desarrollar e implementar una política pública nacional y federal de Telesalud, mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), bajo estándares de interoperabilidad, seguridad y privacidad de la información, como una **medida de equidad** en el acceso a la salud de los habitantes de la Nación, reduciendo la sobrecarga del sistema sanitario*<sup>41</sup>.

Entre sus diversas acepciones el Diccionario de la Real Academia Española define al término *equidad* como “la disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece”<sup>42</sup>, o también podemos señalarlo como “*dar a cada uno lo que necesita*” Mientras que *igualdad* se la define como “principio que reconoce la equiparación de todos los ciudadanos en hechos y obligaciones”.

La telemedicina y la telesalud han llegado, tanto para lograr igualdad como para lograr equidad en el acceso a la salud de toda la población.



Tomado de <https://www.pinterest.com.mx/pin/1044624076036909655/>

## CONCLUSIONES:

- La teleconsulta ha resultado una valiosa herramienta para la resolución de la mayoría de las consultas de pacientes que se vieron obligados a realizar una cuarentena prolongada durante la pandemia Covid 19. De acuerdo con nuestros resultados casi un 56% de los llamados pudieron ser resueltos bajo esta modalidad.
- Las tecnologías de la comunicación y de la información (TIC's) son las herramientas utilizadas en la telemedicina para el diagnóstico, tratamiento, prevención de enfermedades, lesiones, investigación, evaluación y formación continua con el interés de cuidar la salud de los individuos.
- Todavía se encuentran sin reglamentar algunas leyes sancionadas por lo que aún no se encuentran vigentes
- La federalización de nuestro país resulta un escollo para el dictado de normas de alcance nacional para la regulación de la telemedicina
- La atención médica a distancia debe cumplir con todos los preceptos éticos que marcan la actividad médica general
- El constante desarrollo de la medicina en general y de las tecnologías de la información y de la comunicación configuran un escenario en permanente modificación. Futuros estudios de investigación permitirán analizar otros aspectos relevantes de esta actividad.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Garcia Saiso S, Marti MC, Malek Pascha V, Pacheco A, Luna D, Plazzotta F et al. *Barreras y facilitadores a la implementación de la telemedicina en las Américas*. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e131. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.131>
- 2.- Mahar J. et al: *Telemedicine: Past, Present and future*. Cliv. Clin. Jour. Of Med. Vol 85 (12) 2018
- 3.- OPS - OMS: “Marco de implementación de un Servicio de Telemedicina”. En [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031\\_spa.pdf?sequence=6](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6)
- 4.- Guiró FF, Velasco EV: “Ethical aspects involving the use of information, technology in new surgical applications: telesurgery and surgical telementoring” Acta Bioethica 2018; 24(2): 167-179.
- 5.- Resolución WHA58.28. En: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/WHA58\\_28-sp.pdf;jsessionid=8878E56892D954E2E0A88397A896A147?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/WHA58_28-sp.pdf;jsessionid=8878E56892D954E2E0A88397A896A147?sequence=1)
- 6.- Mahar J. et al: *Telemedicine: Past, Present and future*. Cliv. Clin. Jour. Of Med. Vol 85 (12) 2018
- 7.- Hersh WR, Hickam DH, Severance SM, Dana TL, Krages KP, Helfand M. “Telemedicine for the Medicare population: update. Evidence Report/Technology Assessment No. 131” (Prepared by the Oregon Evidence-based Practice Center under Contract No. 290- 02-0024.) AHRQ Publication No. 06-E007. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality. February 2006.
- 8.- Resolución 21/2019. En <http://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional>
- 9.- Combi C. et al: *Telemedicine for Developing Countries*. Appl Clin Inform. 2 de noviembre de 2016; 7 (4): 1025-1050. doi: 10.4338 / ACI-2016-06-R-0089.PMID: 27803948
- 10.- Covid-19 y Telemedicina. En <https://www3.paho.org/ish/index.php/es/telemedicine>
- 11.- Resolución 21/2019 Anexo I. En <http://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional>
- 12.- Barbagallo G.: “Aspectos Legales de la Telemedicina. Historia Clínica Electrónica” Conferencia vía Zoom 23/2/22 Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

- 13.- Sanchez Moreno LP: *"Historia Clínica Electrónica. Un reto para la protección y tratamiento de datos personales y una necesidad para el sistema de salud colombiano en la era digital"*. 2021. Universidad CES, Medellín. Colombia. En: [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5262/1017265848\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/5262/1017265848_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- 14.- OPS - OMS: *"Marco de implementación de un Servicio de Telemedicina"*. En: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031\\_spa.pdf?sequence=6](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6)
- 15.- Ley 17132. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm>
- 16.- Ley 25326. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm>
- 17.- Ley 25506. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=70749>
- 18.- Ley 27446. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=311583>
- 19.- Ley 26529. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/texact.htm>
- 20.- Código Civil y Comercial de la Nación 2021. Versión Universitaria. Editorial Erreius
- 21.- Ley 26812. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=207587>
- 22.- Ley 27553. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=340919>
- 23.- Código Penal de la Nación. En <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>
- 24.- Resolución 223/2001. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-223-2001-68879>
- 25.- Resolución 189/2018. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-189-2018-315832>
- 26.- Resolución 21/2019. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-21-2019-318632>

- 27.- Decreto 174/2018. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-174-2018-307419>
- 28.- Resolución 1013/2018. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1013-2018-310893>
- 29.- Resolución 696/20 Ministerio de Salud de la Nación. En <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227339/20200401>
- 30.- Resolución 282/2020 Superintendencia del Seguro de Salud. En <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-282-2020-336020>
- 31.- Cuadro comparativo de la Obra Social
- 32.- Machado Tejo N, Rodriguez Martinez Basile F, Amate FC, Ramirez Lopez, LJ: *“Protocolo de informática ante incidentes en telemedicina para preservar la información como primera respuesta”* Rev. Cient. José María Córdova Vol. 19 n33 Bogota Jan./Mar. 2021
- 33.- Frutos E.: *“Ciberseguridad en telemedicina”* Maestría de Informática en Salud. Hospital Italiano de Buenos Aires.  
En: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/193229681100500331>
- 34.- Código de Ética de la Asociación Médica Argentina.  
En [https://www.ama-med.org.ar/page/Codigo\\_de\\_Etica-2da\\_Edicion](https://www.ama-med.org.ar/page/Codigo_de_Etica-2da_Edicion)
- 35.- Manual de ética del American College of Physicians (ACP) En: Annals of Internal Medicine. En. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M18-2160>
- 36.- Kuziemsky, C et. al: *“Ethics in Telehealth: Comparison between Guidelines and Practice-based Experience- the Case for Learning Health Systems”* Yearbook of Medical Informatics 2020; 29(1): 44-50.  
En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7442533/>
- 37.- Silverman RD: *“Current legal and ethical concerns in telemedicine and e-medicine”* Journal of Telemedicine and Telecare. Vol 9 Issue: 1\_ suppl, page (s) 67-69 2003  
En <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135763303322196402>
- 38.- Miller EA: *“The technical and interpersonal aspects of telemedicine: effects on doctor-patient communication”*. En <https://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135763303321159611>

39.- Ministerio de Salud de la Nación. Secretaria de Equidad, Secretaría de Calidad en Salud. *“Documento de Buenas Prácticas para la Teleconsulta. Teleconsulta con el/la paciente”* En: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/360000-364999/362465/res581.pdf>

40.- Consuegra Fernandez M, Fernandez Trujillo A: *“La soledad de los pacientes con COVID 19 al final de sus vidas”*. Rev. Bioética y Derecho N°50 Barcelona 2020. Epub 23- Nov-2020 En <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n50/1886-5887-bioetica-50-00081.pdf>

42.- *“Telesalud. Una política federal que fortalece la equidad y el acceso a la salud mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación”*.

En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/telesalud>

43.- *Diccionario de la Lengua Real Academia Española*.

En: <https://dle.rae.es/diccionario>