



Rampi, María Andrea

Emergencia, expansión y estabilización de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud en establecimientos públicos de salud de Argentina : 1997-2022



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Rampi, M. A. (2024). *Emergencia, expansión y estabilización de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud en establecimientos públicos de salud de Argentina. 1997-2022. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes*
<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/4495>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

Emergencia, expansión y estabilización de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud en establecimientos públicos de salud de Argentina. 1997-2022

TESIS DE MAESTRÍA

María Andrea Rampi

rampimaria@gmail.com

Resumen

Con este trabajo nos proponemos conocer, desde un abordaje sociológico en la línea constructivista del campo de la ciencia, tecnología y sociedad, las características de la emergencia, expansión y estabilización de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud de establecimientos públicos de salud de Argentina desde sus orígenes (1997) hasta el año 2022. Para tal propósito nos planteamos: analizar las políticas micro y macro institucionales vinculadas a su desarrollo; caracterizar las transformaciones en la gestión sanitaria y en la atención médica que derivaron de los nuevos modos de intercambio de información; y reconstruir las alianzas, tensiones y conflictos entre los actores implicados en el proceso. Las dimensiones mencionadas sugirieron la siguiente hipótesis de partida: la incorporación de las OCD implicó el desarrollo de nuevas capacidades en la atención y gestión de los servicios de salud y en particular en la interacción entre los establecimientos de salud involucrados, que modificaron de una forma sustantiva la organización de las instituciones de salud participantes.

El análisis llevó a diferenciar tres fases del proceso de incorporación de las Oficinas en la red federal de establecimientos de salud. La primera etapa comprende los fundamentos de la creación, sostenimiento y alcances de la primera Oficina de Comunicación a Distancia del país y el inicio de la conformación de la red de oficinas (1997-2010). La segunda abarca la ampliación de sus componentes y la reconfiguración de la red original (2011-2019) por la creación del Programa Nacional de Telesalud y la introducción una novedosa herramienta de intercambio de información, que modifica los marcos de acción vigentes. La tercera fase aborda el periodo iniciado en 2020, cuando los esquemas de funcionamiento durante y post pandemia se vieron modificados por los cambios asociados a la emergencia sanitaria e implicaron una nueva dinámica. Finaliza en el año 2022, al cumplirse 25 años de la primera oficina del país.

La metodología utilizada fue cualitativa basada en la triangulación de técnicas: análisis documental, entrevistas en profundidad y observación participante.

“El futuro ya está aquí, solo que no está distribuido uniformemente”.

William Gibson, 2008

ÍNDICE

Capítulo I: La incorporación de las tecnologías de la información a los servicios sanitarios: políticas, tecnologías y actores	6
Contexto de la Telesalud a nivel mundial y regional	7
Definición de Telesalud en el marco del trabajo	11
Antecedentes del análisis de la Telesalud	13
Problema de Investigación	15
Objetivos principal y específicos	17
Enfoque teórico conceptual	17
Metodología	23
Capítulo II: Antecedentes, fundamentos y alcances de la primera Oficina de Comunicación a Distancia del país. 1997-2010	28
Antecedentes, fundamentos y alcances de la primera OCD del país: el Hospital Garrahan y su relación con las provincias	28
Puesta en acción de las Oficinas de Comunicación a Distancia	31
Oficina de Comunicación a distancia como proveedora de servicios de salud innovadores	36
Binomio médico-administrativo: alianza estratégica	37
Captar los intereses de los otros intra e interinstitucionalmente	38
Ajustes al modelo inicial: involucrar a las jurisdicciones en la estrategia de vinculación interinstitucional	42
Construyendo convergencia e irreversibilidad de las Oficinas	45
Capítulo III: Expansión de sus alcances y reconfiguración de la red original. 2011-2019	48
Incorporación de equipos de videoconferencias propios	48
Desarrollo de nuevos componentes y alcances prestacionales	51
Programa Nacional de Telemedicina Pediátrica	53
a) Diseño de la plataforma nacional de consultas a distancia	54
b) Primer encuentro de referentes de OCD del país transmitido por videoconferencias.	56
Telesalud como política pública nacional	57
Desafíos de los usos ampliados de Telesalud en los establecimientos de la red	62

La construcción de utilidad social de los nuevos desarrollos de las OCD	66
Capítulo IV: Impulso durante la pandemia por SARS-Cov-2 y desafíos post pandemia. 2020-2022	69
Telesalud en el periodo de pandemia: contexto emergente y resignificación de uso	69
Impulso de Telesalud como política pública nacional	71
Incorporación de nuevos artefactos en la estrategia de Telesalud	72
a) Habilitación de nueva modalidad de consultas a distancia: profesional - paciente	72
b) La incorporación de aplicaciones web de videollamadas	73
La construcción de utilidad social de los nuevos alcances en contexto de pandemia	74
Usos de Telesalud en la post pandemia	80
Lineamientos de política sanitaria post pandemia	80
Estrategias de Telesalud en el marco de la nueva normalidad	81
Resignificación de sentido de utilidad	83
Capítulo V: Conclusiones	86
Conclusiones	86
Vinculación entre políticas micro y macro	88
Transformaciones institucionales y prestacionales	89
Las formas de intercambiar y gestionar la información intra e interinstitucional	90
Referencias bibliográficas	92
Fuentes documentales	97

Capítulo I: La incorporación de las tecnologías de información a los servicios sanitarios: políticas, tecnologías y actores

La convergencia de la electrónica, la informática y las telecomunicaciones de la década de los 90 hizo posible la interconexión entre redes, produciendo el surgimiento de tecnologías de la información y comunicación (conocidas por su abreviatura como TIC)¹ (Heinze, et al, 2017). Dentro de las principales innovaciones que introdujeron se encuentra la posibilidad de realizar acciones a distancia, las vinculaciones en espacio tiempos distintos, la habilitación de conexiones en múltiples nodos, las transmisiones de información multimedia², y simulaciones de la realidad (“virtual”), entre otras.

En el campo de la salud, las oportunidades de intercambio de información ligadas a estos avances tecnológicos significaron un cambio sustancial tanto en la gestión de las instituciones como de la provisión de los servicios médicos, ya que las prácticas que antes se confinaban exclusivamente a los intramuros de los establecimientos, se pudieron realizar sin la presencia, en el mismo espacio físico, de las partes intervinientes en el proceso (Jiménez y Acuña, 2015).

En Argentina, una experiencia central en la implementación de las nuevas posibilidades tecnológicas comenzó en el año 1997, cuando el Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan³ conformó a nivel institucional la primera Oficina de Comunicación a Distancia (posteriormente denominada OCD Telesalud) de Argentina e impulsó el desarrollo de Oficinas similares en establecimientos públicos de todo el país⁴. Carnigilia et al. (2010) refieren a las mismas como “una nueva forma de gestión institucional que implica cambios en la comunicación, en los roles de los recursos humanos y en los alcances prestacionales de los distintos niveles asistenciales”⁵ (p. 280). Las OCD Telesalud dan cuenta de unidades que

¹ Las TIC son un conjunto de tecnologías requeridas para el almacenamiento, recuperación, proceso y comunicación de la información.

² Por información multimedia se entiende al proceso y transmisión de la información de diversos tipos: textual, imagen y sonido.

³ El Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan” es un establecimiento público de salud de alta complejidad que atiende niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años de edad, considerado el establecimiento de salud referencia pediátrica nacional. (<https://www.garrahan.gov.ar/bienvenida/contenidos/bienvenida>).

⁴ La República Argentina para el año 2019 cuenta con 9.375 establecimientos asistenciales del subsector oficial con internación y 1.563 establecimientos asistenciales del subsector oficial sin internación; alcanzando un total de 10.938 establecimientos públicos. Se optó por incluir este número y no el correspondiente al año 2020 pues en el total de establecimientos informados para ese año incluyen los dispositivos temporarios creados en el marco de la emergencia por COVID 19 y que todavía estaban en actividad al 31/12/20, alterando el número real. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53210/indicadores_basicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁵ El sistema público de salud de Argentina, tradicionalmente se divide en tres niveles de atención siendo el primero destinado a la atención primaria y el tercero a la alta complejidad. Se entiende por complejidad al

funcionan en una red de establecimientos asistenciales para el intercambio de información de salud con el propósito de brindar servicios de salud más allá de las barreras geográficas, temporales, sociales y culturales. En sus inicios, la modalidad de atención sanitaria propuesta consistía en vincular, a través del uso de canales tecnológicos, a profesionales e instituciones (generalmente localizados en distintas jurisdicciones) para la resolución a distancia de problemas de salud de pacientes pediátricos. Los alcances y modalidades de entrega de servicios de salud utilizando TIC fueron modificándose con el tiempo: “en correlación con el avance tecnológico destacaron la evolución de la modalidad de intercambio desde y hacia el Hospital Garrahan, a un intercambio multidireccional entre todos los establecimientos que integran la red” (Carniglia et al., 2010, p. 277), que incorpora usos más allá de los asistenciales y pediátricos. A 25 años de la creación de la primera oficina del país, más 300 OCD Telesalud de distintos establecimientos de salud de las 23 provincias, el continente Antártico y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se encuentran adheridas a la red federal de OCD.

La experiencia analizada se presentó como un caso particular de las estrategias sanitarias a gran escala en el país: mientras que las políticas públicas en salud en general surgen desde los organismos ministeriales y de ahí descienden a los efectores y población destinataria, las OCD Telesalud emergieron desde un establecimiento asistencial de referencia nacional (Hospital Garrahan) para expandirse gradualmente a través una red federal de establecimientos, equipos de salud, pacientes y comunidad, antes de constituirse en política pública nacional.

Contexto de la Telesalud a nivel mundial y regional

El desarrollo de las OCD en Argentina tuvo lugar en un contexto de expansión de este tipo de prácticas a nivel global, con un fuerte impulso de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS es la entidad responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales⁶. Por la complejidad y multidimensionalidad de su objeto, las acciones de salud pública cada vez más se entrelazaron, de forma dinámica, con una pluralidad de sectores y recursos de apoyo, que excedían ampliamente los específicos de

número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella (Vignolo et al, 2011, p. 12). <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

⁶ Extraído del sitio web oficial de la OMS, <https://qrcd.org/3Y24>

salud, y donde las tecnologías ocuparon un rol destacado. En este marco la OMS aprobó, en el año 2005, la resolución sobre “cibersalud”⁷ reconociendo, por primera vez, el aporte de las TIC para la salud y la gestión de los sistemas de salud. Las consideraron una influencia beneficiosa “en la prestación de atención sanitaria, la salud pública, la investigación y las actividades relacionadas con la salud para los países tanto de ingresos bajos como de ingresos altos” (OMS, 2005, p. 1). El interés por estimular y promover la incorporación de las TIC en el ámbito de la salud mundial también fue compartido por otras organizaciones supranacionales, nacionales y regionales (OPS, 2016b).

En el año 2010, la OMS incorporó una definición de “telemedicina” en la que se incluían: “la prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la formación continuada de los profesionales de la salud, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades” (OMS, 2010, p. 9). Desde esta perspectiva, los proyectos de “telesalud” (fundamentalmente en su componente asistencial), son entendidos como intervenciones de salud que hacen uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) para la prestación del servicio a distancia. En sus resoluciones técnicas, la OMS utiliza los términos “telemedicina” y “telesalud” indistintamente, destacando que esta práctica no sustituye la atención presencial sino que, por el contrario, debe desarrollarse en forma complementaria y coordinada, para convertirse en una alternativa a la provisión de servicios sanitarios.

La OMS se pronunció nuevamente sobre la telemedicina para ampliar sus alcances y referirse como “una de las mayores transformaciones de los servicios sanitarios del siglo XXI, y no solo desde el punto de vista tecnológico, sino también cultural y social, al modificar el acceso a los servicios de atención sanitaria, la calidad asistencial y la eficiencia organizativa” (OMS, 2016a, p. 8). La misma puede abarcar todos los niveles de la atención sanitaria, modificar el rol de los profesionales y la forma de interacción entre médicos y entre médico-paciente. En sus modalidades más recientes, se pueden encontrar servicios de telemedicina para la mayor parte de las especialidades (OMS, 2016a), sin el requisito

⁷ El Documento A58/21 (OMS, 7 de abril de 2005) entiende por Cibersalud al uso de las tecnologías de información y comunicación para fomentar la salud, ya sea in situ o a distancia. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_21-sp.pdf

determinante de la distancia geográfica entre las partes intervinientes. Como toda actividad en salud, no se encontraba exenta de las “implicaciones éticas y legales (responsabilidad de las decisiones por parte de los profesionales, la privacidad de los datos, la seguridad de la información, y el consentimiento informado, por mencionar algunas)” (OPS, 2016a, p. 28).

En virtud del liderazgo internacional ejercido por la OMS en temas de salud, la adopción de estas definiciones de alcance universal -pero a la vez dinámicas-, abrió un importante camino para la legitimación desde la perspectiva de las políticas públicas, y constituyó un importante marco de acción para impulsar iniciativas de telesalud en los sistemas de salud de sus países miembros. Estas nuevas acciones, a su vez, se verían acentuadas a nivel regional, con el pronunciamiento de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) respecto a que el uso frecuente de las TIC en salud comporta nuevas formas de organización, novedosas modalidades de aprendizaje e información, así como diferentes vínculos sociales que, desde la salud, pueden contribuir en la economía del cuidado. En tal sentido, recomendó a los gobiernos de la región, formular y dar seguimiento a las políticas públicas de Telesalud, fundamentalmente por su potencialidad de aumentar la cobertura en el acceso en salud (CEPAL, 2010 y 2013).

Como parte de las condiciones técnicas facilitadoras para el desarrollo de la telesalud a nivel global, y en un contexto de creciente penetración de las TIC en distintas esferas sociales, en el año 2011 la Asamblea General de las Organización de las Naciones Unidas (ONU) declaró el acceso a Internet como un derecho humano. Si bien el documento no tenía carácter vinculante, solicitaba a los Estados Nacionales que apliquen un enfoque basado en los derechos humanos que permitiera facilitar y ampliar el acceso a Internet (ONU, 2016).

En este marco, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en el año 2020 diseñaron una herramienta de medición del nivel de madurez de las instituciones de salud para implementar servicios de telemedicina. La herramienta fue creada con el fin de guiar a las instituciones de salud para ofrecer servicios de telemedicina, a la par de facilitar la identificación de posibles brechas que requieran atención y el apoyo técnico de expertos. La evaluación constó de una serie de preguntas organizadas en seis categorías de análisis: preparación institucional, procesos (operaciones y funciones) a llevarse a cabo, entorno digital, recursos humanos, aspectos normativos y conocimiento especializado (BID, 2020).

En la misma línea, una iniciativa del 2021 de la Cooperación Triangular de la Unión Europea en América Latina y el Caribe puso en evidencia la importancia de la telemedicina a partir de la pandemia por SARS-COV-2 (Covid-19)⁸, no sólo como complementaria a los servicios de salud presenciales sino como herramienta clave para garantizar los derechos sanitarios y sociales y los “Objetivos relacionados de Desarrollo Sostenible 2030” de la ONU (ONU, 2021). Para agregar que, por su complejidad, la implantación de la telemedicina requiere de enfoques y desarrollos multidisciplinares, que aborden con la misma intensidad y de una forma integral los aspectos legislativos y jurídicos, sanitarios, científicos y tecnológicos y presupuestarios.

Al mismo tiempo, en relación con el componente asistencial de telesalud, la OPS expresó que: “Durante la pandemia por Covid-19 las teleconsultas (atención asistencial entre profesionales y pacientes a distancia mediante TIC) permitieron que muchos de los servicios clínicos claves continúen operando regularmente y sin interrupciones (...). Las prestaciones que se pueden brindar a distancia comprenden casi todas las especialidades y servicios de salud, considerando siempre las necesidades del proceso de salud-enfermedad en el que el paciente se encuentre. De igual modo, todos los usuarios de los servicios de salud (prestadores, pacientes, facilitadores, etc.) deben adquirir habilidades para desarrollar o participar de las mismas” (OPS, 2022, p. 4).

Como consecuencia de lo anterior, y aprovechando el impulso generado durante la pandemia, organismos internacionales de referencia como la OPS y el BID lanzaron en 2022 programas específicos para expandir servicios de telesalud (OPS, 2022). Por su parte, la CEPAL en sus áreas de acción y objetivos 2022, promovió estrategias y programas de promoción de servicios de telemedicina que validen el uso de tecnologías emergentes y las nuevas modalidades de prestación de servicios de salud en la región. A la par de expresar que: “el dinamismo con el que cambian estos procesos y los continuos avances tecnológicos hacen que se requiera de procesos de actualización ordenados a nivel institucional, que no perjudiquen el avance de los programas de telesalud” (OPS, 2022, p. 5).

Las iniciativas internacionales antes mencionadas configuraron un contexto propicio para la implantación de servicios de telesalud en el país.

⁸ El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que la nueva enfermedad por el coronavirus 2019 (COVID-19) puede caracterizarse como una pandemia.

Definición de telesalud en el marco del trabajo

Como hemos visto, el concepto de telesalud refiere a un conjunto amplio de prácticas en salud mediadas por las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). En el marco de este trabajo compartimos esa complejidad, y asumimos una definición de telesalud que incluye la provisión de servicios, educación e información en salud a través de TIC (OPS, 2023). La misma incorpora tácitamente la idea de producción colaborativa de conocimiento y las acciones que de ella se desprenden. Se optó por una definición amplia de telesalud que incluye el término de “telemedicina”, términos que en la bibliografía revisada frecuentemente se utilizan como sinónimos. La distinción entre ambos conceptos ha sido reconocida por la OMS, al establecer que la telemedicina es meramente responsable de examinar y tratar al paciente a través de las tecnologías de la información, mientras que la telesalud se ocupa de diferentes aspectos relacionados con la salud más allá de los asistenciales.

Al no circunscribir sus acciones al campo asistencial, la implementación operativa de telesalud diferencia cuatro componentes: teleasistencia, teleeducación, telegestión y teleinvestigación. En el cuadro 1 se precisan las definiciones generales de cada uno.

Cuadro 1

COMPONENTES TELESALUD			
TELEASISTENCIA	TELEEDUCACIÓN	TELEGESTIÓN	TELEINVESTIGACIÓN
<p>Debe entenderse por TELEASISTENCIA "a la provisión de servicios de salud a distancia mediante la utilización de tecnologías de la información y comunicaciones de forma sincrónica o asincrónica, realizada dentro del territorio nacional, por el equipo de salud, para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, conforme demás requisitos que disponga cada autoridad sanitaria y la normativa vigente" (MSAL Nación, 2023).</p> <p>Según los actores intervinientes se clasifican en su forma general en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas de primera opinión: cuando los intercambios se producen entre profesionales de salud y pacientes (también denominadas teleconsultas). • Consultas de segunda opinión: cuando los intercambios tienen lugar entre proveedores de salud (equipos de salud). 	<p>Consiste en la capacitación e intercambios de información y conocimientos a distancia a partir del uso de tecnologías de la información y comunicación.</p> <p>Según los actores participantes puede darse entre equipos de salud (en general de distintas instituciones) o entre ellos con pacientes y comunidad. Adquieren múltiples y dinámicas modalidades. Todas tienen en común la horizontalidad en la circulación de información y conocimientos y la accesibilidad para sus usuarios.</p>	<p>Implica el desarrollo de distintas acciones a distancia que facilitan compartir información y habilidades, con el propósito de promover mejoras de procesos en la gestión administrativa, tecnológica o sanitaria. Su particularidad, además del uso de TIC como elemento central para efectivizar los intercambios, es su conformación como espacios colaborativos y transversales a distintos perfiles, roles, áreas e instituciones.</p>	<p>Propone producir conocimiento en salud o áreas vinculadas colaborativamente, mediante el uso de tecnologías de la información y comunicación. Sus objetivos son compartir y difundir buenas prácticas (ampliar o mejorar las existentes), así como crear nuevo conocimiento a través de las acciones y reacciones de sus participantes (OPS, 2016, p. 14). Su potencialidad es la puesta en función de equipos interdisciplinarios e interinstitucionales con estos fines.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a definiciones del Programa Nacional de Telesalud, de la Reglamentación de la Ley Nacional N° 27.553 y de las OCD Telesalud del Hospital Garrahan (CABA) y del Hospital Cuenca Alta (Cañuelas, BA).

Los cuatro componentes expresan distintas formas de integración de TIC y salud, y hacen uso de múltiples herramientas tecnológicas que evolucionan en el tiempo. En la práctica, pueden darse de forma combinada y bajo múltiples variantes, así como pueden utilizar modalidades de comunicación sincrónicas o asincrónicas.

La modalidad sincrónica requiere la presencia de todas las partes involucradas, aunque no en el mismo lugar, e implica la transmisión de señales de forma simultánea a su obtención y se destina a su inmediata visualización o procesamiento (por ejemplo una

videollamada). De modo contrario, la comunicación asincrónica no necesita la presencia simultánea de las partes intervinientes en el proceso, dado que se produce al compartir información entre dos o más personas y/o instituciones de forma diferida en el tiempo (por ejemplo: el tel-fax, correo electrónico, entornos web de registros clínicos). A los fines asistenciales, la modalidad sincrónica implica que los datos del paciente sean obtenidos, almacenados y transmitidos para su posterior evaluación y/o conocimiento por parte de los profesionales de la salud.

Las TIC utilizadas para la prestación de servicios de salud a distancia fueron variadas y dinámicas, incluyeron Telefax⁹, computadoras, sistemas de videoconferencias, internet y dispositivos móviles como teléfonos, disponibles en cada uno de los puntos a conectar.

Antecedentes del análisis de la Telesalud

La OMS (2010) hizo hincapié en que las numerosas y diferentes formas existentes de telesalud son una señal de un concepto en evolución constante, “que incorpora nuevos avances tecnológicos, responde y se adapta a las necesidades de salud cambiantes y a los nuevos contextos de la sociedad” (p. 9). Ante la pluralidad de situaciones que abarca, los desarrollos de telesalud fueron analizados desde diferentes campos de estudio (la administración, la economía, la salud, la tecnología, la gestión, entre otros) que se han interesado por distintas dimensiones de su implementación. Sin embargo, no hemos encontrado estudios como el propuesto, que permita abordar a telesalud como una práctica social compleja en la línea constructivista del campo de la ciencia, tecnología y sociedad, o desde el enfoque de redes tecno económicas (RTE).

Dentro de los distintos trabajos que han analizado el desarrollo de la telesalud, algunos autores asociaron la puesta en marcha de los servicios de telemedicina a una conjunción de recursos de distinta índole, a partir de los cuales propusieron indagar sobre los elementos “no estrictamente técnicos” que intervienen en su implementación (Mahtani Chugani et al. 2009; Roig et Saigí, 2011, Aizenberg, 2022). En tal sentido, identificaron y

⁹ Consiste en la transmisión telefónica de material escaneado impreso (tanto texto como imágenes). El documento original es escaneado con una máquina de fax, que procesa los contenidos (texto o imágenes) como una sola imagen gráfica fija, convirtiéndola en un mapa de bits, la información se transmite como señales eléctricas a través del sistema telefónico. El equipo de fax receptor reconvierte la imagen codificada, y la imprime en papel. <https://www.techtarget.com/searchnetworking/definition/fax>

categorizaron relaciones relevantes que se producen entre factores tecnológicos, organizativos, humanos y económicos en la incorporación de la telemedicina en la práctica clínica habitual en los sistemas públicos de salud.

Otras líneas argumentales se dedicaron a estudiar los factores críticos que influyen en la adopción de las TIC (y de forma específica telesalud) tanto del lado de la oferta, como de la demanda,¹⁰ distinguiendo entre la intención de uso y el uso efectivo (Sampedro, 2013; Schmitz, 2019; García-Salirrosas et al, 2023). Estos estudios se originaron en la existencia de una discrepancia entre la alta predisposición teórica de la población hacia la utilización de la telemedicina y el uso real de estos servicios. A partir de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, estos estudios han proliferado motivados por el uso creciente de las TIC por parte de los pacientes, los profesionales sanitarios y las organizaciones de salud.¹¹

Otras líneas de investigación, se enfocaron en estudios de impacto, en términos económicos, sociales y sanitarios, que un proyecto de telemedicina puede causar en el sistema de salud tradicional en el corto, mediano y largo plazo (Bernal-Sanchez et al, 2007; Flodgren et al, 2015; Heinze et al., 2017; Lanza, 2018; Galván et al, 2017 y Garcia Saiso et al 2021). A través de análisis comparativos con la medicina tradicional, desde la perspectiva de los proveedores de servicios y pacientes, se concentraron en analizar su aportación clínica (mejora de la eficacia de las intervenciones) y la relación costo-efectividad de los proyectos de telemedicina.

En estrecha relación con nuestro objeto, investigadores locales han abordado, en diferentes trabajos, los alcances multidimensionales de las Oficinas de Comunicación a Distancia, haciendo foco en sus inicios (Carniglia et al, 1999; Carniglia et al. 2010; Schejter et al. 2010; Savignano et al. 2019). Estos estudios situaron la experiencia de las OCD como una dimensión estratégica en el campo de la salud, asociada a procesos de conformación y maduración de desarrollos innovadores hospitalarios multidisciplinarios y transversales a distintas áreas, tanto intra como intrainstitucionales. En líneas generales, el conjunto de estos

¹⁰ Schmitz (2019) utiliza la teoría unificada de aceptación y uso de tecnología formulada por Venkatesh et al. (2003). Esta teoría permite identificar los factores determinantes de la intención de uso y del uso efectivo. Esta teoría considera que hay cuatro constructos clave: 1) expectativa de rendimiento, 2) expectativa de esfuerzo, 3) influencia social, y 4) condiciones facilitadoras (determinante directo del comportamiento del usuario).

¹¹ El conjunto de estudios revisados coinciden en concluir que si bien la transición a la e-salud empezó a gestionarse hace unos años, se precipitó a pasos agigantados con la pandemia por Covid 19, llevando a las instituciones asistenciales de salud a cambiar su visión de la realidad y a responder a patrones diferentes a los tradicionales (Busso, et al, 2021, párr. 5).

trabajos proponen un abordaje en tanto redes de salud colaborativas interinstitucionales¹², en un marco más general del proceso de institucionalización de la telesalud en el país.

Esta tesis pretendió ser una contribución a estas líneas de trabajo. Lo hicimos a partir del interés por indagar las relaciones que se producen entre sus diversos recursos (técnicos y sociales) y comprenden una forma particular de prestaciones de salud a distancia (OCD). De forma específica, a través de abordar la multiplicidad de relaciones (y sus derivaciones) que confluyeron en su implementación, en tanto red de asociaciones de elementos que interactúan e intermedian dinámicamente en el contexto nacional.

Problema de investigación

En el marco delineado hasta aquí, el problema de investigación planteado en esta tesis se orientó a comprender el establecimiento y la evolución de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud en un conjunto de hospitales públicos de Argentina desde las primeras experiencias que tuvieron lugar en 1997 hasta el año 2022, tomando en cuenta distintas dimensiones sociales, técnicas y políticas. Para ello, nos propusimos evidenciar la diversidad de dinámicas que tuvieron lugar a lo largo de sus 25 años de funcionamiento, ligadas a los diferentes actores intervinientes, sus intereses, las prácticas que asumió la red, las tecnologías puestas en juego, los marcos institucionales en los que se desplegó la red, las políticas que incentivaron y en cierto modo orientaron su desarrollo. Partimos de una serie de dimensiones relevantes que conformaron sus prácticas (construcción de estas asociaciones) y las diferencia de los modos y alcances prestacionales tradicionales en salud (presenciales), entre las que se destacan:

Políticas micro - macro institucionales. Refiere al nivel de alineación de las estrategias locales de incorporación de Telesalud con las estrategias más globales definidas desde los organismos ministeriales o de referencia en el área; como así también, la gestión del cambio organizacional a nivel establecimiento. En esta dimensión cobran importancia cuestiones tales como: financiamiento, reconocimiento, regulación, incentivos, estandarización, disposición al cambio, trabajo en red.

¹² El concepto de redes integradas de servicios de salud fue introducido en el año 2010 por la OPS-OMS. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4305:2008-redes-integradas-servicios-salud&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Transformaciones institucionales y prestacionales. Apunta a visualizar cuáles fueron los cambios que supuso la incorporación de las Oficinas (en tanto telegestión, teleasistencia, teleeducación y teleinvestigación) e identificar los factores claves para su incorporación. Es decir, tanto los aspectos transformacionales de la incorporación de las TIC, como los procesos organizativos asociados a ellas; identificando los riesgos asociados al momento de la incorporación (previos) y en el proceso de desarrollo (posteriores).

Formas de intercambiar y gestionar la información entre actores e instituciones. Implica tener en cuenta cuáles son las herramientas y modalidades de TIC más utilizadas y su evolución en el tiempo, con el intento de dar cuenta del sustento técnico del proceso de interacción y el trabajo en red colaborativa, asumiendo la distancia como factor crítico en el tiempo.

Actores y roles. Alude a los procesos de (re) definición de algunos roles existentes y la aparición de nuevos perfiles que, junto con la redistribución de responsabilidades, plantean conflictos de reconocimiento profesional e inseguridad en la asunción de las nuevas tareas asociadas con prestaciones de salud a distancia en el entorno altamente jerarquizado que caracteriza a las organizaciones sanitarias. Este interés supone, además, un nuevo rol de los usuarios (pacientes y comunidad).

A partir de estas dimensiones, surgen un conjunto de interrogantes tales como: ¿Cuáles fueron las estructuras que condicionaron (favorable o desfavorablemente) la práctica de Telesalud como la propuesta?, ¿Qué mejoras introdujo o qué problemas resuelve?, ¿Cuál fue la relación entre los diferentes actores involucrados?, ¿Cuáles fueron las actividades organizativas y tecnológicas que facilitaron su incorporación?, ¿Qué nuevas formas de intercambiar información se produjeron en los establecimientos de salud a partir de ella y cómo se modificaron en el tiempo?, ¿Cuáles fueron los nuevos actores que la llevan a cabo?.

Las preguntas mencionadas sugirieron la siguiente hipótesis de partida: la incorporación de las OCD implicó el desarrollo de nuevas capacidades en la atención y gestión de los servicios de salud, y en particular en la interacción entre los centros de salud involucrados, que modificaron de una forma sustantiva la organización de las instituciones de salud participantes.

Objetivos principal y específicos

El objetivo principal de este trabajo fue analizar el proceso de desarrollo de cuatro Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud pertenecientes a distintas instituciones públicas de salud de Argentina, entre los años 1997 y 2022, teniendo en cuenta las diferentes dimensiones sociales, políticas y técnicas implicadas en ese proceso. Lo hicimos desde una perspectiva novedosa que nos permitió identificar, describir y comprender los mecanismos por los cuales se ponen en relación los elementos heterogéneos que intervienen en su proceso de construcción de uso en el tiempo.

El recorte temporal obedece a que en el año 1997 se creó la primera OCD Telesalud, y en el año 2022 se cumplen 25 años de su implementación ininterrumpida. De forma específica nos planteamos: reconstruir las alianzas entre los actores implicados en el proceso; caracterizar las transformaciones en la gestión sanitaria que derivaron de los nuevos modos de intercambio de información; y analizar las políticas micro y macro institucionales vinculadas al desarrollo de esta estrategia innovadora.

Enfoque teórico conceptual

Esta tesis se basó en un abordaje que triangula conceptualizaciones provenientes de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, en particular de las corrientes constructivistas de la sociología de la ciencia. En particular, resulta relevante la teoría del actor red (TAR o ANT según sus siglas en inglés), que al considerar el mundo de la ciencia como una red de relaciones donde el foco se encuentra en los actores y las interacciones, aportó riqueza metodológica y conceptual para dilucidar un fenómeno socio técnico complejo e históricamente situado como el propuesto en esta investigación (Latour, 2001; Callon, 1995). Así, los principios de esta teoría nos permitieron indagar cómo se organizaron esas redes para atender, gestionar y capacitar a sus miembros y, al mismo tiempo, el ensamblaje de sus elementos que permitieron constituir un colectivo: las Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud, como “un proceso continuo hecho de vínculos inciertos, frágiles, controversiales y, sin embargo, permanentes” (Vaccari, 2008, p. 191).

Esta perspectiva teórica nos permite explorar la cuestión de qué o quiénes participan en la acción, e incorpora elementos no humanos, para atribuirles (a estos últimos) un poder explicativo para la durabilidad y la extensión de cualquier interacción (Latour, 2008), en la medida en que, en palabras de Latour, “los artefactos son actores sociales” (Latour, 2001, p. 257). El concepto central que subyace a esta teoría es la noción de red y de las distintas dinámicas que se pueden analizar en esas redes (interesamiento, establecimiento de puntos de paso obligados, traducciones, convergencia y estabilización) como principio de explicación teórico – metodológica (Callon, 1995). Callon, alejándose de la idea de concebir a la red como distintas entidades que interactúan linealmente en dos sentidos y cada una desde su lugar, propuso una noción de red donde los papeles de cada uno de sus integrantes se superponen y sus competencias se unen (hibridación) (Callon, 1995). Tal cual expresa, “sin este proceso de hibridación la no red no podría desplegarse. (...) Así es como se desarrollan las conexiones, las puestas en relación, las colaboraciones y cooperaciones. Nace una nueva forma de coordinación de las actividades que viene a completar la (demasiado) rápida transacción comercial y la (demasiado) rígida relación jerárquica (...)” (Callon, 1995, pp. 4-5).

De este modo, en la teoría del actor-red los objetos son mediadores activos, es decir, con el potencial para transformar las relaciones sociales y al estabilizarlas garantizar su reproducción (Pozas, 2005, pp. 5 y 6). Según Monterroza Ríos, “cuánto más se estabiliza la red de relaciones más interdependiente se vuelve del complejo de actantes que conforman dicha red” (2017, p. 55). De este modo, una primera aproximación conceptual consistió en observar estas dimensiones en nuestro objeto, identificando quienes se constituyen en mediadores con la capacidad de reproducir las relaciones que se establecen entre sus diversos recursos en el proceso de incorporación de las OCD en establecimientos públicos de salud. En segundo lugar, hicimos hincapié en la búsqueda por mostrar la heterogeneidad de elementos que intervienen en el desarrollo de hechos y artefactos científico-tecnológicos, y la diversidad de relaciones que allí tienen lugar. En este punto, la acción fue concebida como aquella que se logra conjuntamente con otros, donde ninguno de los elementos ensamblados controla ni es controlado, no determina ni es determinado (Latour, 1999).

Dentro del enfoque de TAR, incorporamos el marco conceptual de redes tecno económicas (RTE) desarrollado por Callon (2001). Según este autor, “una RTE es un conjunto coordinado de actores heterogéneos: laboratorios públicos, centros de investigación

técnica, empresas, organismos financieros, usuarios, y poderes públicos que participan colectivamente en la concepción, elaboración, producción y distribución de procedimientos de producción, bienes y servicios, algunos de los cuales dan lugar a una transacción mercantil” (Callon, 2001, p. 86). Si bien las OCD no dan cuenta de una transacción mercantil (en el sentido estricto de actividades de compra y venta), sí de transacciones en tanto intercambios que comprenden prestaciones de servicios de salud. “Estas redes, cuya estructura y composición son móviles en el tiempo, son los verdaderos actores de la innovación” (Callon, 1995, p. 15). De esta forma, “las RTE son una especie de meta organización donde se llevan a cabo actividades de coordinación científica, tecnológica y económica entre los diversos actores multi-institucionales. Estos últimos participan en la red con intereses y objetivos heterogéneos, volviendo necesaria instancias de negociaciones y acuerdos en las formas de interacción y comportamiento de la misma” (Villavicencio, 1999, p. 152). Abonando al principio de su teoría que considera que sujetos y objetos, humanos y no-humanos, sólo tienen lugar en el marco de redes “más o menos sólidas, extensas y poderosas de las que son parte integrante” (Callon, 1995, p.17). Todo ello en un proceso que no es lineal o causal sino circular, relacional y retroactivo (Larrión, 2019, p. 328).

En esta conformación de las RTE, Callon (2001) identifica dos tipos diferentes de elementos interdependientes: intermediarios y actores. Un intermediario es definido como cualquier cosa que se transfiere de un actor a otro, y que constituye la forma y la sustancia de la relación construida entre ellos. Las redes están encarnadas en y por intermediarios, que son puestos en circulación en las diversas interacciones de la red. La intermediación se puede dar a través de múltiples elementos: textos, artefactos técnicos, seres humanos, habilidades adquiridas (saber hacer), etc. (Calviño, 2022, p. 20). Mientras por actores se refiere a cualquier entidad capaz de asociar elementos, “(...) que define y construye (con mayor o menor éxito) un mundo poblado de otras entidades, a las que otorgan una historia y una identidad, calificando las relaciones entre ellos” (Callon, 2001, p. 97). Un actor se diferencia del resto de los intermediarios porque tiene la capacidad de imputar a otras entidades ciertos intereses, proyectos, deseos, estrategias, reflexiones o ideas, que están inscriptas en intermediarios (operaciones de traducción).

Las consideraciones previas muestran que “cada intermediario, (...) describe una red, de humanos y no-humanos, entidades individuales y colectivas y las relaciones en las que intervienen” (Callon, 2001, p. 96). Para comprender la dinámica de estas redes y las vinculaciones entre actores e intermediarios, Callon desarrolla los conceptos de convergencia

e irreversibilidad. El concepto de convergencia concierne al grado de acuerdo generado por una serie de traducciones y por los distintos intermediarios que operan en las RTE, al mismo tiempo, que revela sus fronteras (Callon, 2008, p. 121). El grado de convergencia de la red dependerá de los niveles de alineación y coordinación de los elementos que la integran (Callon, 2001)¹³.

Estos conceptos nos resultan útiles para el análisis de la red de OCD Telesalud, en particular del modo en que sus actores se encuentren alineados, y de qué manera alcanza estados de irreversibilidad a partir de sostener la durabilidad de sus conexiones y la predeterminación de su comportamiento. Estas son posibles dinámicas en el interior de las redes, donde la estrategia de los participantes oscilan entre la tendencia a mantenerse unidos, estableciendo alianzas para hacerse más fuertes y lograr imponer sus intereses (lo que nos lleva a la noción de irreversibilidad) y el desapego, asociado a nociones de flexibilidad, de incertidumbre, de riesgo y de innovación radical (Callon, 1995).

Es así como “las redes tecno-económicas se pueden analizar en términos de emergencia, incremento, cercamiento y desmembramiento, ya que los actores que las componentes poseen grados de libertad significativos que les permiten desarrollar estrategias e innovaciones que den lugar a imprevistos en la red” (Lepratte et al, 2015, p. 13). Callon subraya que la definición misma de actor está estrechamente ligada al estado de la red, ya que el comportamiento de los actores y, más ampliamente su definición, cambian con el estado de la red, como así también se basan en las prácticas sociales preexistentes (Callon, 2001). Esta conceptualización permite concebir cómo un acontecimiento pasado puede estar presente si se consigue traducirlo, inscribirlo en otros elementos (Grau et al, 2008, p. 216).

En línea con lo anterior, Latour (1992) introduce el concepto de “punto de paso obligado” para identificar a aquellos elementos que permiten la vinculación a redes más extensas. Estos se caracterizan por poseer atributos diferentes al resto y ser reconocidos colectivamente dentro de la red de asociaciones donde adquiere sentido esta designación.

De este modo, el enfoque propuesto de RTE nos permite mostrar cómo se define la dinámica de la red de OCD Telesalud en función de los objetivos que se plantea, los actores que intervienen (sus intereses, sus estrategias, su capacidad de intervención en la red), las tecnologías, los marcos institucionales y las políticas que se ponen en juego en cada momento.

¹³ El proceso de alineación se produce cuando la traducción es exitosa y se genera un espacio común entre sus distintos elementos y la coordinación refiere al proceso regulatorio del universo de actores posibles (Callon, 2001, p. 110).

Como perspectiva complementaria, incorporamos las contribuciones de Knorr Cetina, en particular la idea de que “los productos de la ciencia son construcciones contextualmente específicas que llevan las marcas de la contingencia situacional y de la estructura de intereses del proceso por el cual son generados” (Knorr Cetina, 2005, p. 61). Desde esta perspectiva, “los científicos se enfrentan con diferentes decisiones posibles, y mediante algún criterio práctico deben elegir por una opción” (Knorr Cetina, 2005, p. 35). Es así como esta autora sostiene que las selecciones contextuales del laboratorio se encuentran situadas en un campo de relaciones sociales en las cuales los propios científicos están insertos y van más allá del conocimiento mismo.

Esta situación se describe a partir de la noción de “relaciones de recursos”, entendiendo como tal las relaciones con diversos actores que resultan indispensables para la marcha de la fabricación de conocimientos. Estos recursos, a su vez, pueden ser de distintos tipos: económicos, culturales, lingüísticos, técnicos, etc. (Knorr Cetina, 2005). Estas relaciones de recursos exceden largamente el sentido “técnico” de los conocimientos, para internarse en vínculos con otros actores, y conforman verdaderas “arenas” cuya dimensión es variable y depende de las configuraciones propias de cada espacio particular, y atraviesan los límites de la institución. Knorr Cetina sostiene que “las arenas de acción dentro de las cuales procede la investigación científica (de laboratorio) son transepistémicas; esto es, incluyen en principio a científicos y no-científicos, y abarcan argumentos e intereses de naturaleza tanto técnica como no-técnica” (Knorr Cetina 2005, p. 131). Esto nos permite aproximarnos de un modo diferente a la negociación, dado que se produce en el marco de relaciones de recursos recíprocas, en las cuales cada uno de los actores involucrados pretende obtener un beneficio. Para la autora: “las relaciones de recursos no son concebidas en términos de objetivos compartidos por los participantes. Por el contrario, emergen de una fusión de intereses, los cuales, a la vez, pueden ser negociados. (...) Las oscilaciones entre conflicto y cooperación, entre la fisión y la fusión de intereses que se definen recíprocamente, son los correlatos acostumbrados del proceso de negociación que caracteriza las relaciones de recursos” (Knorr Cetina, 1996, p. 156). En palabras de Kreimer, “las relaciones de recursos son lo que enmarca y da sentido, y hace por lo tanto inteligibles las negociaciones” (Kreimer, 1999, p. 39). Asimismo, “las relaciones de recursos no están constituidas por un particular tipo de intercambio (tal como el intercambio de información científica por reconocimiento, o por particulares flujos de bienes y servicios), sino que están dominadas por lo que podría ocurrir en el futuro y lo que ha ocurrido en el pasado, mediante promesas, expectativas y

anticipaciones” (Knorr Cetina, 2005, p. 220). En tal sentido, las OCD Telesalud no solo brindan prestaciones de salud a distancia, sino también representan la potencialidad de intercambios y vinculaciones entre instituciones mucho más amplias (y en redes más extensas).

Por otro lado, este trabajo partió de una mirada centrada en las interacciones de los diferentes actores (lo que remite a un nivel microsocio del análisis) e incorporó las dimensiones de políticas públicas e institucional como condicionante de estas interacciones (es decir, una mirada vinculada a los procesos “micro”). En este sentido, los aportes de Knorr Cetina contribuyeron a romper con la dicotomía micro-macro, al proponer este tipo de relaciones que trascienden (o que atraviesan) ambos niveles, interconectándolos en muchos otros subniveles. Al tiempo que sostiene que es en el nivel micro en donde pueden observarse dinámicas socio-cognitivas no percibidas en otro nivel de análisis, sus reflexiones ponen de manifiesto el problema de las múltiples racionalidades en juego en las prácticas sociales (2005, p. 13). Estas categorías conceptuales contribuyeron a comprender el objeto propuesto desde el interior de los espacios (instituciones de salud), identificar los rasgos constitutivos de sus prácticas y analizar las interrelaciones entre el nivel micro y macrosocio, hasta el punto de diluir los límites entre ambas categorías. Su estudio permite abordar cuestiones tales como: ¿cómo dar cuenta de las articulaciones entre los niveles operativos (establecimientos, equipos de salud de las OCD) y el nivel macrosocio (referentes jurisdiccionales de telesalud)? y las siguientes preguntas derivadas: ¿las asignaciones de sentido que le otorga un nivel, se pueden observar en el otro?; ¿cómo delimitar campos de responsabilidad entre ellos?

Aplicadas a nuestro objeto de estudio, sus reflexiones nos permitieron conceptualizar que las prestaciones de salud a distancia surgen de una vinculación entre los aspectos técnicos de las herramientas TIC aplicadas con aspectos sociales: valor social del uso, factores económicos, líneas de políticas sanitarias, modalidades de brindar prestaciones de salud. Lo expresado adquiere mayor relevancia en virtud de los mecanismos de coordinación social del funcionamiento en red de las Oficinas analizadas, que no siguen una estructura vertical. “Si bien sus relaciones no son simétricas, cada una desempeña una función particular en el marco de la red que las diferencia del resto, sea por los recursos disponibles, por el nivel de atención donde está inserta, por la cultura institucional, etc. Todas, a su vez, resultan necesarias para su funcionamiento” (Di Bello, 2022, p. 7).

Metodología

El interés por conocer la forma en que el objeto es comprendido por sus actores y vincular esos hallazgos a la teoría (Vasilachis de Gialdino, 2006), determinó la elección de una metodología cualitativa, orientada al análisis de nuestro objeto de estudio: el proceso de incorporación de las Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud en establecimientos públicos de salud en Argentina. La frontera espacial y temporal quedó delimitada por el tiempo que integran la red de OCD Telesalud en el periodo comprendido entre los años 1997-2022.

En términos metodológicos, recurrimos a la triangulación de las técnicas de producción de datos combinando: entrevistas en profundidad semiestructuradas con referentes nacionales y jurisdiccionales de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud, observación participante y análisis documental (incluye material visual y/o auditivo). El uso combinado de estas tres técnicas nos permitió reconstruir las principales lógicas de creación y funcionamiento de estas Oficinas a partir de las cuales poder desarrollar su marco explicativo y vincularlo con el enfoque teórico metodológico propuesto. Los datos obtenidos con cada una, una vez procesados, se analizaron de forma integrada, intentando buscar la mayor interrelación de ellos con el objeto de estudio.

Las entrevistas en profundidad fueron realizadas a “informantes claves”, seleccionados a través de técnica de muestreo intencional¹⁴. Se definieron como informantes claves a aquellos integrantes del equipo de salud que reunían los siguientes atributos: que se desempeñen o hayan desempeñado en Oficinas de Comunicación a Distancia (representativas del proceso de incorporación y funcionamiento posterior y abarquen el conjunto de dimensiones a ser abordadas) y estuvieran en disposición de ofrecer el relato de experiencias y opiniones de valor para el objeto de estudio; que sus OCD se encuentran localizadas en distintas jurisdicciones del país y, en tercer lugar, que pertenezcan a instituciones que representan alguno de tres niveles de atención en los cuales se organiza el sistema nacional de salud. La utilización de esta técnica de muestreo permitió recoger la máxima variabilidad en el perfil profesional (gestores clínicos y técnicos). Inicialmente se conformó una lista de 10 informantes claves, respetando los criterios de clasificación antes mencionados. Se contactó a

¹⁴ El muestreo por juicio o intencional es una técnica de muestreo no probabilística, mediante la cual los sujetos se eligen para conformar un grupo específico a través de seleccionar las personas que resultan más adecuadas para el análisis que otras.

las personas seleccionadas, exponiéndose el objetivo de la investigación y solicitando su colaboración.

En total se entrevistaron a 8 informantes claves utilizando las mismas preguntas guías. Las entrevistas se realizaron durante los meses de abril de 2022 y abril de 2023 de forma presencial y remota a través del sistema de videoconferencias. A excepción de uno de los casos analizados, por cada OCD se entrevistaron un mínimo de 2 integrantes (Véase Cuadro 2). Todos dieron su consentimiento para las grabaciones de las entrevistas y para el posterior tratamiento de los resultados, tras garantizarles el anonimato de la información recabada en todo el proceso de elaboración de esta tesis. La realización de las entrevistas se consideró finalizada en el momento en que se saturaron las categorías surgidas en el proceso de análisis.

Para las entrevistas se utilizó una guía de preguntas semiestructuradas, elaboradas en función del problema, los objetivos de la investigación y las dimensiones preestablecidas para su abordaje. No obstante también se agregaron los hallazgos surgidos del hecho conversacional de cada una. Si bien las OCD presentan diferentes niveles de desarrollo y años de antigüedad en la incorporación de la estrategia, se optó por considerar las características comunes y los desarrollos de cada uno que aportan a nuestro objeto de estudio. De forma posterior, se realizó la comparación y análisis de las respuestas e información obtenida.

Cuadro 2: Sistematización de entrevistas realizadas a informantes claves

CÓD	TIPO DE ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	NIVEL	FUNCIÓN EN LA OCD (TAL CUAL ELLOS SE DENOMINARON).	PERFIL GESTOR	AÑO
1EN	REFERENCIA NACIONAL	III	Coordinador Programa Nacional de Videoconferencias Pediátricas. Gestión de TIC. Integrante de la OCD fundadora.	Técnico	2022
2EN	REFERENCIA NACIONAL	III	Coordinador de Redes y Comunicación a Distancia. Integrante de la OCD fundadora.	Técnico	2022
3EN	REFERENCIA NACIONAL	III	Líder de Proyecto de Telesalud. Integrante de la OCD fundadora.	Clínico	2022
4EN	REFERENCIA NACIONAL	III	Coordinadora de Redes de Salud.	Clínico	2023
5EN	REFERENCIA NACIONAL	III	Referente de OCD Telesalud.	Clínico	2023
6EP	REFERENCIA PROVINCIAL	I	Referente médico OCD Telesalud.	Clínico	2023
7EZ	REFERENCIA ZONAL	II	Referente médico OCD Telesalud.	Clínico	2023
8EZ	REFERENCIA ZONAL	II	Médico interconsultor OCD Telesalud en sus inicios jurisdiccionales.	Clínico	2023

Por otro lado, se llevó adelante el análisis documental de diferentes fuentes, con el propósito de organizar y encontrar los elementos esenciales (y las relaciones entre ellos) con el objeto de la investigación, y representar su contenido en una forma distinta al original (Peña & Morillo, 2007).

La estrategia utilizada para buscar, organizar y diferenciar la información relevante sobre el tema analizado fue de carácter exploratorio. La exploración de documentos fue realizada en una sucesión de etapas interconectadas. En la primera etapa la búsqueda consistió en la revisión de documentos que abordaban el desarrollo de las OCD Telesalud del país, como así también de los programas e iniciativas de Telesalud supranacionales, nacionales y jurisdiccionales, correspondientes al periodo de análisis. En una segunda etapa se definieron los criterios de inclusión para la exploración: que fueran publicaciones sobre el periodo 1997-2022; de acceso libre (en su mayoría en español) que aborden la temática de las OCD en particular y de Telesalud en general en alguna de las dimensiones establecidas; y que estén vinculados de alguna manera al país. Se adoptaron como palabras claves para la búsqueda: Oficinas de Comunicación a Distancia - Hospital Garrahan - Ministerio de Salud de la Nación - Telesalud -Telemedicina- TIC en salud - Estrategias Sanitarias federales de

salud digital; a las que luego se incorporaron otras combinaciones. Tales como: transformaciones sanitarias originadas en la pandemia COVID-19 y post pandemia en Argentina y valor social en el uso de nuevas tecnologías.

Se seleccionaron inicialmente documentos que abordaban en sus contenidos los criterios de búsqueda propuesta, y se completó con la lectura y rastreo de bibliografía referenciada en los documentos analizados. La selección de los documentos e información institucional se realizó conforme a tres criterios: el de pertinencia, es decir que aporten conocimiento significativo a los objetivos de esta investigación; el de exhaustividad, en tanto resulten necesarias y suficientes para fundamentar la investigación, y, por último, el criterio de actualidad en tanto reflejen conocimiento actualizado y/o antecedentes pertinentes.

Los formatos de las fuentes revisadas fueron múltiples, fundamentalmente documentos y recomendaciones de organismos internacionales de referencia, publicaciones científicas, notas periodísticas, resoluciones ministeriales, seminarios y encuentros web, sitios web y redes sociales institucionales. Una vez finalizado el proceso de reelaboración de datos, conceptos e interpretaciones, los resultados obtenidos se integraron con el de las demás técnicas aplicadas (Guirao Goris, 2015).

Por último, se llevó adelante la observación participante con el objetivo de describir, con cierto nivel de profundidad, determinados componentes de las oficinas “mientras se hacen”, a partir de la observación de los contextos y las situaciones sociales en las cuales estos procesos sociales se generan. Para tales propósitos, primero se realizó la selección de los escenarios de observación: encuentros federales y regionales de Telesalud realizados durante los meses de noviembre de 2021 y diciembre de 2022. Además, se le sumó una visita en terreno a la OCD fundadora de la estrategia en el mes de abril de 2022.

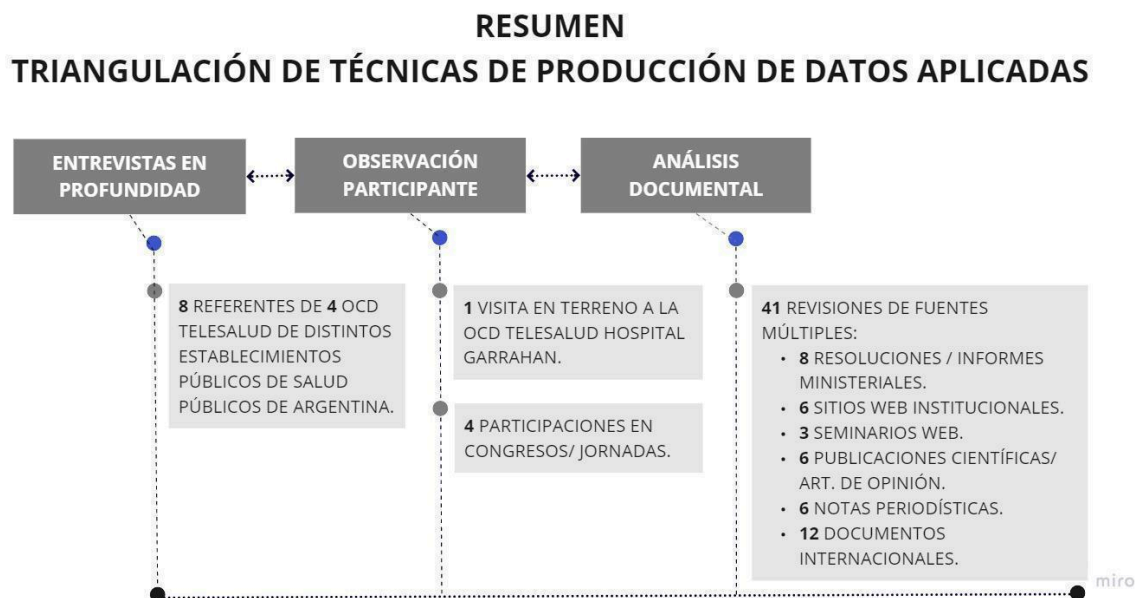
En los encuentros de Telesalud se buscó -mediante la observación crítica y reflexiva - ampliar la mirada de los procesos interconectados que atraviesan el proceso de incorporación de las OCD Telesalud analizado. Tales como: conocer los temas abordados en los encuentros, captar los alcances de las convocatorias y perfiles de los participantes; visualizar las formas que se producen los intercambios; el tipo de vínculo que establecen y las tecnologías usadas. Por su parte, la visita en terreno (a la OCD Telesalud del Hospital Garrahan) permitió llevar un registro descriptivo in situ de aspectos relacionados al funcionamiento de la Oficina, particularmente en lo que se refiere a su organización interna y externa (vinculación con los

establecimientos de la red), a los significados que los equipos intervinientes les otorgan a sus acciones y prácticas de telesalud; como así también el contexto institucional: instalaciones, ubicación dentro del edificio, equipamiento, entre otros.

Con el fin de estructurar las categorías de análisis, se sistematizaron en dimensiones de análisis, los resultados de los intercambios producidos en los diferentes encuentros y la visita a terreno. Posteriormente, las categorías significativas observadas se organizaron para su procesamiento y análisis integrado.

En la Figura 1 se presentan de forma resumida las fuentes de información utilizadas que responden a la estrategia de triangulación de técnicas adoptada.

Figura 1



Fuente: Elaboración propia.

Los capítulos siguientes presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo. Su análisis llevó a diferenciar tres fases del proceso de incorporación de las OCD Telesalud en la red federal de establecimientos de salud. En cada una de ellas se desarrollaron, desde el enfoque conceptual de redes tecno económicas y relaciones de recursos: las formas de intercambio, las modalidades de telesalud adheridas, los actores involucrados, las tecnologías aplicadas, el contexto sociosanitario y los lineamientos nacionales y federales.

Capítulo II: Antecedentes, fundamentos y alcances de la primera Oficina de Comunicación a Distancia del país. 1997-2010.

En este capítulo se analizan las estrategias desplegadas por la OCD del Hospital Garrahan de Buenos Aires, la primera del país, desde su creación en 1997 hasta el año 2010, momento en que se modificó la herramienta de intercambio, afectando las modalidades de vinculación y las actividades que se llevan a cabo desde las instituciones participantes. Para ello, analizamos su proceso de creación y funcionamiento, haciendo hincapié en las distintas capacidades que le posibilitaron establecerse como un actor válido para los distintos actores sociales implicados.

El análisis se estructura en dos partes. En la primera se abordan los fundamentos de creación de la primera OCD del país, y se da cuenta del marco organizativo e institucional del Hospital donde se conformó. La segunda parte del capítulo se dedica a analizar el despliegue de actividades y de las herramientas TIC puestas en juego en la construcción de la red.

Antecedentes institucionales de la primera OCD del país: el Hospital Garrahan y su relación con las provincias

El proyecto de creación de la primera Oficina de Comunicación a Distancia del país surgió en el año 1997 en el ámbito del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P Garrahan” (conocido como “Hospital Garrahan” o simplemente “el Garrahan”), diez años después de la inauguración del hospital. El Garrahan se originó como un centro de referencia nacional de salud pública gratuito destinado a la atención de niños, niñas y adolescentes de 0 a 15 años con patologías cuya resolución requiere de elementos de diagnóstico o tratamientos de alta complejidad.¹⁵ En términos de su organización, el hospital es “una institución autárquica, con dependencia bijurisdiccional: por un lado del Ministerio de Salud de la Nación y, por el otro, del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quienes aportan el 80% y el 20% de su presupuesto respectivamente” (Ugo & Luna, 2021, p. 165). Esta condición delimitó la influencia de cada una de las jurisdicciones, fundamentalmente en torno a la

¹⁵ El Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P Garrahan” se crea en el año 1987 por el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 598, conforme a lo prescripto en la Ley 17.102 y su Decreto Reglamentario 8284/68 para organismos descentralizados y Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad (S.A.M.I.C) (Garrahan, 2023).

representación del territorio, destacándose su impronta federal. El presupuesto que dispone es ejecutado por la Dirección del establecimiento de acuerdo a las prioridades establecidas por las autoridades del Hospital. Su edificio, localizado en el barrio de Parque Patricios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, presenta un diseño arquitectónico bajo el concepto de “edificio flexible” con módulos que pueden adaptarse según las necesidades institucionales y la de los usuarios.

El hospital fue proyectado de acuerdo a un modelo no tradicional de organización de instituciones hospitalarias, denominado “modelo de gestión por cuidados progresivos” que, de acuerdo a la Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria (MSAL), implica una organización de sus actividades “para satisfacer las necesidades de los pacientes con el suministro de atención de la salud a través de un equipo interdisciplinario, en diversos grados de complejidad, en el sitio más adecuado, en el momento más oportuno y en las condiciones más apropiadas para cada persona” (MSAL, 2021, p. 1). Las características mencionadas exigen unidades funcionales que deben actuar matricialmente, es decir, responder a varios proyectos líderes para garantizar la gestión integral del cuidado, intra y extra institucionalmente (MSAL, 2021). En palabras de quién fuera Directora Ejecutiva del establecimiento (2005-2017), Dra. Josefa Rodríguez, "desde sus inicios el hospital tuvo autonomía de gestión, un modelo novedoso de organización y un alto nivel científico-técnico (determinado fundamentalmente por profesionales con capacidad de comprometerse con el proyecto. (...) El sistema de organización por cuidados progresivos coordinado por médicos clínicos, dio lugar a un nuevo perfil de pediatra internista, con formación integral y una mirada holística del proceso de atención.” (Hospital Garrahan, 2012).

Desde su creación, el Hospital Garrahan mantuvo una fluida relación con las provincias. Su propia conformación como establecimiento federal de alta complejidad destinado a la atención de patologías pediátricas de todo el país, implicó la necesidad de desarrollar determinadas capacidades que le permitan resolver de la mejor manera posible la vinculación con los pacientes, profesionales y establecimientos de otras jurisdicciones. A su vez, las mismas abarcaban el proceso previo como el posterior de recibir la atención presencial (procedimiento de referencia y contrarreferencia)¹⁶. En los primeros años de

¹⁶ Según Vignolo et al (2011), “para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente por parte del sistema sanitario, los niveles de atención deben de funcionar con una adecuada referencia y contrarreferencia y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. La referencia constituye un procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual un establecimiento de salud, (de acuerdo al nivel de resolutivez que le corresponda), transfiere la responsabilidad del cuidado de la salud de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica, a otro establecimiento de salud de mayor capacidad

funcionamiento del hospital, este intercambio no suponía necesariamente un vínculo formal entre las instituciones, ni siquiera una comunicación adecuada entre sus profesionales. En relación con este último proceso, Carniglia et al. (1999) mencionan que desde sus comienzos el Hospital Garrahan recibía pacientes provenientes del interior del país. Sin embargo, el proceso de atención se realizaba sin una comunicación institucional (previa y posterior) entre los médicos tratantes de los diferentes establecimientos. Esta situación tenía como consecuencias traslados innecesarios o no oportunos, así como dificultades al alta a los pacientes, pues la contrarreferencia no resultaba suficiente para su seguimiento local.

El proyecto de OCD emergió de este modo 10 años después de la inauguración del Hospital Garrahan como resultado de una interacción dinámica de recursos nuevos y preexistentes. Específicamente, se constituyó como un ámbito novedoso de colaboración entre equipos de salud de distintas instituciones del país para promover la atención coordinada a distancia y resolución local de problemas complejos de salud infantil de todo el territorio nacional. Para tal fin propusieron un artefacto innovador: la consulta a distancia entre equipos de salud de distintos establecimientos y jurisdicciones. En palabras de un referente actual e integrante del equipo fundador:

“Fue como imaginar algo que no existía, había poca experiencia en el mundo pero se nutrió de recursos humanos y tecnológicos existentes. El desafío fue llevarlo a una idea común. El modelo previo del Hospital Garrahan fue crucial en su creación.” (IEN)

Según sus miembros, la decisión de crear estas Oficinas, como un dispositivo hospitalario con una función específica y diferenciada dentro de la institución, resultó clave en sus inicios y fue una constante a lo largo del tiempo. La OCD no solo ofrecía un nuevo servicio, sino que lo hacía a través de recursos y formas de vinculación asistenciales no tradicionales: consultas a distancia entre profesionales e instituciones. En virtud de lo cual, la conformación de las oficinas favoreció la implementación de las actividades asistenciales, administrativas y de gestión requeridas.

De este modo, las bases constitutivas y la política institucional del Hospital Garrahan funcionaron, por un lado, como una importante fuente movilizadora de elementos y sentidos

resolutiva. La contrarreferencia es el procedimiento administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve la responsabilidad del cuidado de salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud origen del paciente (de menor complejidad) para su control y seguimiento necesario”.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

de uso en su proceso de conformación ya que implicó el aporte de recursos (humanos, económicos, tecnológicos); a la par de contribuir a posicionarla como un dispositivo jerarquizado por sus alcances prestacionales (brindar servicios de salud más allá de su edificio).

Puesta en acción de las Oficinas de Comunicación a Distancia

Al introducirnos en el contexto nacional, consideramos oportuno mencionar que el sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sub-sectores: público, seguro social y privado, y una organización federal, en la cual “cada una de las 24 jurisdicciones retiene su responsabilidad constitucional para ejercer con autonomía las funciones de rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud, (...). El sector público está conformado por el Ministerio de Salud de la Nación, los Ministerios de Salud provinciales, y la red de Hospitales y Centros de Salud públicos” (Artaza Barrios, 2017, p. 25).

Tal como hemos desarrollado, las interacciones con otras instituciones estuvieron presentes desde los inicios en el Hospital Garrahan como una función constitutiva y multipropósito: en el mismo año de la creación de la OCD (1997), el Hospital Garrahan recibió el primer equipo de videoconferencia donado por el Hospital For Sick Children de Toronto, Canadá. La posibilidad de transmisión de imágenes y audio en tiempo real que permitían estos equipos, dió lugar a una nueva modalidad de intercambio de conocimiento e información a través del desarrollo de actividades académicas a distancia compartidas con ese Hospital y otros centros de Estados Unidos” (Carniglia et al., 1999). Sin embargo, esta nueva posibilidad de comunicación no resultaba posible con otros establecimientos del país, en virtud que estos últimos no disponían de esa tecnología, ni tampoco RRHH con habilidades para su uso. (Giovagnoli y Costanzo, 2019). Esa situación determinó la decisión de adaptar la estrategia pero manteniendo el concepto de compartir información de salud a distancia entre una red de instituciones públicas de salud. En palabras de un integrante del equipo fundador, “al tratarse de una experiencia de trabajo innovadora se presentaron varios interrogantes, amplificados por la complejidad que implicaba la coordinación de recursos internos y externos, y la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas en las prácticas cotidianas administrativas y asistenciales de las instituciones de salud.” (2EN)

En virtud de lo anterior, y como paso previo a su desarrollo a mayor escala, referentes de la OCD y autoridades del Hospital Garrahan determinaron la realización de una prueba piloto. Para tal propósito seleccionaron inicialmente dos Hospitales pertenecientes a distintas provincias de Argentina¹⁷ que estuvieran dispuestos a participar de la iniciativa. A ambos establecimientos, el Hospital Garrahan les entregó equipamiento (teléfonos con fax) y capacitó a sus equipos locales, conformados por médicos pediatras y administrativos.

Según los registros institucionales, durante el periodo de prueba piloto (marzo a julio de 1997) se realizaron 13 consultas a distancias hacia el Hospital Garrahan, utilizando un formulario de consulta y respuesta diseñado para tal fin y enviado por fax (Figura 2). El formulario contenía una serie de campos obligatorios: datos filiatorios, descripción de la situación clínica del paciente y especificación del motivo de consulta, a modo de pregunta. Asimismo, a los fines de respaldo formal, contaba con sello y firma de los profesionales intervinientes de ambos establecimientos (originador de la consulta y establecimiento respondente).

¹⁷ El Hospital de Zapala de la provincia de Neuquén y el Hospital Penna de Bahía Blanca de la provincia de Buenos Aires.

Figura 2: Formulario de consultas y respuesta

The image displays two side-by-side screenshots of a medical consultation form titled "Formulario De Consulta".

Left Screenshot (Formulario De Consulta):

- Hospital de Origen:** / /
- Provincia:** / /
- Apellido y Nombre del Médico Tratante:** / /
- Cargo Hospitalario del Médico tratante:** / /
- Número Matricula:** / /
- Datos del paciente:**
 - Apellido y Nombre: / /
 - DNI: / /
 - Fecha de nacimiento: / /
 - Nacionalidad: / /
 - Dirección (residencial): / /
 - Provincia: / /
 - Localidad: / /
 - Teléfono: / /
 - Celular: / /
 - E-mail: / /
 - N° Historia Clínica Local: / /
 - N° Historia Clínica Garrahan: / /
- Obras Sociales:**
 - Nombre de la Obra Social: / /
 - N° afiliado (Paciente): / /
 - Nombre de Titular: / /
 - N° afiliado Titular: / /
- Padre:**
 - Apellido y Nombre: / /
 - DNI: / /
 - Fecha de Nacimiento: / /
- Madre:**
 - Apellido y Nombre: / /
 - DNI: / /
 - Fecha de Nacimiento: / /
- Admitido previamente en el Hospital Garrahan:** Si No
- Motivo de consulta:** / /
- Paciente:** Ambulatorio Hospitalizado

Right Screenshot (Formulario De Consulta):

- Estado actual:** / /
- Datos Laboratorio Relevantes:**
 - Otros estudios: ECG ECO EEG Rx TAC OTROS: / /
- Sospecha diagnóstica en su Hospital:** / /
- Tratamiento efectuado:** / /
- Interpretaremos los datos Clínicos y de Estudios enviados de su paciente, pero necesitamos conocer sus PREGUNTAS sobre la consulta para responder con claridad y hacer efectiva la consulta**
- Pregunta 1:** / /
- Pregunta 2:** / /
- Pregunta 3:** / /
- La presente propuesta se realiza en base a datos informados por ese centro. Evalúe si la ejecución de la misma resulta adecuada para el paciente en consulta.**
- Recordamos que de acuerdo al Convenio de Cooperación firmado oportunamente por nuestros hospitales las consultas deben reunir las siguientes condiciones:**
 - Estar confeccionadas en el Formulario de Consulta
 - No corresponder a pacientes en situación de emergencia o inestables.
 - Incluir un solo paciente por formulario.
 - Estar dirigidas a la dirección de mail: ocdconsultas@gmail.com. Irrente a inconvenientes en el envío de mail consultar telefónicamente a OCD Hospital Garrahan: (011) 4308-0256/4076 y (011) 4123-6352
 - No solicitar turnos para diagnóstico o tratamiento presenciales en el Hospital Garrahan, los mismos solo se otorgarán para Hospital de Día de los pacientes que se consulto a la OCD Hospital Garrahan
 - No solicitar derivaciones para internación

Fuente: Adaptación de los formularios de consultas a distancia utilizados.

Los resultados de la prueba piloto, más una serie de visitas a terreno, permitieron a los integrantes de las OCD y a referentes del Hospital Garrahan determinar los aspectos centrales para el inicio de su puesta en marcha: creación de Oficinas en cada unidad asistencial como una estructura organizativa básica (incluyendo el recurso humano requerido); dotación y disponibilidad de equipamiento tecnológico mínimo; delimitación de aspectos legales y normativas de uso (incluye la protección de datos y confidencialidad de la información). En cuanto a las tecnologías y herramientas para operativizar las consultas a distancia en los establecimientos públicos de salud, optaron por utilizar telefax, por ser la tecnología que resultaba más accesible para su uso. Al respecto los informantes claves entrevistados expresaron:

“Se probó realizar la emisión y recepción del fax a través de una pc, pero su manejo resultaba engorroso. De ahí que se optara por un fax asociado a líneas telefónicas para el envío y recepción de las consultas por resultar la forma más sencilla y

accesible. El límite lo definía el establecimiento de la red participante con menor acceso a tecnologías y habilidades para su uso.” (1EN)

“En cuanto a recursos tecnológicos, esta etapa la OCD Garrahan contaba con “2 líneas externas (dedicadas) directas de Telefax conectadas con un sistema de extensiones con todos los servicios hospitalarios, una computadora con Internet (incipiente) e Intranet, una impresora y un scanner para transparencias (placas, diapositivas, etc.). Para determinadas ocasiones, se disponía del equipo de Videoconferencia Picturatel donado por el Hospital de Canadá, que funcionaba a partir de otras 6 líneas de teléfonos dedicadas para emisión de imagen y sonido.” (2EN)

Para regular las condiciones de aplicabilidad de la propuesta y enmarcarlas en una estrategia institucional, la Dirección Asociada de Asuntos Jurídicos, junto con referentes de la OCD Garrahan, estipularon la obligatoriedad de la firma de convenios de cooperación interhospitalarios entre los distintos establecimientos intervinientes. Los convenios permitieron establecer: la modalidad de uso, el carácter de gratuidad del servicio (Carniglia et al., 1999) y excluía del circuito las consultas de pacientes que revistan una condición clínica de urgencia o se encuentren inestables. Asimismo, se determinaba un plazo de 72 hs hábiles para efectuar las respuestas de las consultas a distancia recibidas, pudiendo variar este tiempo según el tipo de solicitud. Estos convenios eran, además, de renovación automática.

En el mes de agosto de 1997, la Dirección Médica Ejecutiva del Hospital Garrahan inauguró formalmente las OCD. Las definió como una novedosa forma de vinculación entre los equipos de salud y establecimientos, a través de compartir información de salud de pacientes pediátricos para brindar prestaciones asistenciales a distancia (sin presencia del/la paciente). El tipo de intercambio que promovieron era bidireccional: entre la OCD del establecimiento de origen del paciente y la OCD del Hospital Garrahan, a modo de ida y vuelta; constituyéndose (las OCD) en el paso obligado de la red de relaciones que estaban construyendo. Durante su primer año, la OCD Garrahan recibió y dio respuestas a 435 consultas a distancia.¹⁸

¹⁸ Extraído de cifras publicadas en ocasión del Encuentro de OCD en celebración de los 20 años de Comunicación a Distancia del Hospital Garrahan. <https://www.garrahan.gov.ar/abril/con-representantes-de-todo-el-pais-comenzo-el-encuentro-para-celebrar-los-20-anos-de-comunicacion-a-distancia-del-garrahan>.

Desde sus inicios, las autoridades y referentes de la OCD Garrahan también se encargaron de asegurar que la iniciativa adquiriera carácter público. Ello lo hicieron a través de darla a conocer en los medios gráficos nacionales de mayor tirada. La difusión temprana de la propuesta permitió a la OCD Garrahan incrementar sus relaciones y fortalecer su liderazgo en la red. La visibilidad conseguida contribuyó a alcanzar un reconocimiento que posibilitó, más adelante, el acceso a recursos para continuar su desarrollo.

Véase Figura 3.

Figura 3: Lanzamiento de la OCD Hospital Garrahan



Fuente: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/el-garrahan-pone-su-estetoscopio-sobre-los-hospitales-del-interior-nid75340/>

El hecho de que el Hospital Garrahan (impulsor de la estrategia) constituya un centro pediátrico de referencia en salud pública, gratuita y de alta complejidad de la Argentina, que

cumple a priori con parámetros de credibilidad¹⁹, contribuyó no solo a que los equipos de salud se interesen más rápidamente en la propuesta, sino también la comunidad y otros organismos.

Oficina de Comunicación a Distancia como proveedora de servicios de salud innovadores

Las consultas a distancia bajo la modalidad telefax se constituyeron en esta etapa en el intermediario central por su capacidad de vincular instituciones y poner en funcionamiento a las oficinas en clave de red. El formulario de consulta a distancia, enviado por tel fax, se presentó con la capacidad de distribuir los papeles entre humanos y no humanos y de mantenerlos juntos para la construcción de funcionamiento de la estrategia, aún adquiriendo formas variables (Callon, 2001). En este punto destacamos en su desarrollo el concepto de hibridación de sus elementos constitutivos; donde actores humanos y artefactos técnicos (formulario de consultas y respuestas, telefax, computadoras, correo electrónico, internet) funcionaron como agrupaciones organizadas y estables de entidades que cooperan para la materialización de las prestaciones a distancia, difícil de separarlas en la práctica.

Tal como hemos desarrollado, como parte del despliegue de acciones que permitieron a la OCD Garrahan posicionarse como prestador de referencia de servicios de salud pediátricos a distancia, se encuentra el inicio de la firma de convenios de colaboración con otros establecimientos asistenciales. Se seleccionaron inicialmente aquellos establecimientos públicos de mayor complejidad de cada provincia que brindaban atención pediátrica y estuvieran situados a más de 100 kilómetros de la Ciudad de Buenos Aires. Esta definición aportó a la identificación de intereses compartidos entre ellos y la propuesta de la OCD. El conjunto de establecimientos seleccionado percibía la distancia con el Hospital Garrahan (localizado en CABA) como un factor crítico para el acceso a la atención especializada pediátrica. En virtud de lo cual, la propuesta de brindar atención de salud a distancia fue percibida como una opción válida de resolución de un problema común, contribuyendo al interesamiento por un grupo más amplio de hospitales: a febrero del año 1999 se habían celebrado convenios con 44 hospitales públicos del país (Carniglia, et al., 1999).

¹⁹ Según Díez Martín et al (2010), “Las organizaciones que demuestran más credibilidad, conveniencia y adecuación con los valores, normas y creencias de la sociedad son más predecibles, fiables y equilibradas” (p. 116). <https://www.redalyc.org/pdf/807/80713681005.pdf>.

En esta fase, la OCD Garrahan se ocupó de extender las relaciones de cooperación entregando a los distintos hospitales participantes equipamiento tecnológico (teléfono con fax) a través de la Fundación Garrahan²⁰ y brindando soporte técnico a todas las OCD de la red en el momento que lo requieran. Esto último lo hizo posible a través de incorporar en su plantel los RRHH con la capacidad de resolver las dificultades técnicas que se presentaban en su proceso de uso, y de brindar asistencia técnica tanto al propio Hospital (Garrahan) como al resto de las OCD adheridas a la red. La acción de poner recursos propios a servicio de la red constituyó la base del proceso de innovación iniciado, ya no centrado en una institución.

Binomio médico- administrativo: alianza estratégica

La introducción de TIC como partes constitutivas del proceso de atención modificó el medio de interacción tradicional profesional- paciente. Sus alcances no sólo se debieron a la inclusión de elementos nuevos sino, y lo que resultó más complejo, a la adaptación de los ya existentes, dado que se fueron incorporando a establecimientos con lógicas previas de funcionamiento y predominantemente presenciales. Savignano et al (2019) refieren de forma específica a la conformación de estas Oficinas por el binomio médico - administrativo. A diferencia del modelo asistencial tradicional, en el cual el la relación médico - paciente se producía casi sin intermediarios, “la estrategia aplicada para la gestión de consultas a distancia se centró en la interacción permanente del binomio (médico-administrativo) de la institución y hacia la red, constituyendo al administrativo de cada OCD en un nexo clave para la resolución integral de las problemáticas del paciente” (Savignano et al., 2019, p. 63). En palabras de una entrevistada: “mientras los médicos identificaban los casos clínicos y realizaban el formulario de consulta, los administrativos eran los encargados de asegurar, mediante distintos medios, que la documentación llegara a destino, aportando viabilidad al proceso de consultas a distancia” (8EZ).

La necesidad de vincular formalmente dos o más servicios y/o establecimientos y promover una nueva modalidad de prestaciones de salud requería de acciones de coordinación que excedían claramente los alcances clínicos del proceso de atención, e incorporaba aspectos técnicos, sociosanitarios y de gestión administrativa, tanto intra como

²⁰ Se trata de una organización no gubernamental cuyo propósito es apoyar las tareas de atención, docencia e investigación, capacitación en recursos humanos y educación continua del Hospital Garrahan y de las distintas regiones del país (Luna & Ugo, 2021, p. 166).

interinstitucional. De ahí la importancia de los dos perfiles para contribuir a cubrir estos nuevos requerimientos. Ambos perfiles comenzaron a asumir roles diferentes a los habituales por su formación. Mientras los médicos de las OCD debían desplegar herramientas de gestión y uso de TIC, como así también administrar información clínica de pacientes a distancia, el rol administrativo fue desempeñado por distintos perfiles en las OCD (administrativos, técnicos, enfermeros) en tanto dispusieran de competencias y habilidades comunicacionales, manejo de TIC y adhirieran al modelo innovador propuesto.

Captar los intereses de los otros intra e interinstitucionalmente

En los primeros años, los referentes de la OCD Garrahan destinaron sus esfuerzos a dar a conocer la iniciativa al interior del Hospital y hacia el resto de las instituciones y comunidad. Con la premisa que “en la construcción de hechos todo es relacional y coproducido” (Larrión, 2018, p. 327), desplegaron una serie de actividades y herramientas tendientes a generar interesamiento en la estrategia por parte de otros actores con los que se requería vinculación: los servicios asistenciales del Hospital que eran los responsables de generar las consultas y/o de responderlas. En este punto consideramos necesario diferenciar las acciones llevadas a cabo por la OCD Garrahan al interior de la institución (Hospital), de las dirigidas a los demás establecimientos de la red.

En el plano intra institucional, sus miembros refieren un trabajo intensivo de sensibilización al RRHH sobre los alcances de la Oficina con un único argumento: comunicar el problema que viene a resolver y la potencialidad de las consultas a distancia. Dentro de las actividades realizadas con este propósito, los entrevistados mencionaron la implementación de un conjunto de acciones tales como: “espacios de talleres para equipos de salud sobre los alcances de las OCD y las actividades llevadas a cabo; invitaciones a participar que circulaban por distintos medios de comunicación internos; visitas a distintos servicios con la intención de pesquisar la existencia de redes informales de comunicación entre profesionales del Hospital Garrahan con equipos tratantes de otros establecimientos y, de este modo, “concientizar” de la importancia de institucionalizar esta modalidad de comunicación a través de la OCD.” (2EN)

En el plano interinstitucional, los referentes consultados dan cuenta de otro conjunto de actividades puestas en acción para sumar adherentes y posicionar la estrategia. Tales como

contactar a ex residentes, becarios, rotantes y pasantes formados en la institución (Hospital Garrahan) que se encontraban trabajando en establecimientos de referencia pediátrica de diferentes provincias con el fin de estimular el uso local del dispositivo (consultas a distancia desde sus establecimientos); y visitar hospitales de distintas jurisdiccionales del país para conocer sus equipos locales y presentarles la potencialidad de la propuesta desde sus propios entornos.

La visibilidad pública que adquirió desde sus inicios, junto al despliegue de acciones realizadas en este periodo, facilitaron la difusión de sus capacidades y la generación de un interés más amplio en la estrategia. La OCD Garrahan logró traducir en intereses comunes problemáticas diferenciadas y constituirse en un actor clave para la red en conformación. Mientras que para un establecimiento del interior las consultas a distancia significaban por primera vez diagnosticar localmente enfermedades pediátricas complejas sin costos adicionales; para el Hospital Garrahan implicaba poder continuar la atención brindada en el hospital de forma extramuros, expandiendo sus alcances presenciales. Los bienes de intercambio puestos en circulación en esta fase permitieron, esencialmente, la posibilidad de que un paciente y su familia no se trasladasen de no resultar necesario, lo que implicó beneficios materiales e inmateriales (en tanto desarraigo, costos económicos, tiempos, accesibilidad y distribución de recursos de salud) para todas las partes intervinientes. En las palabras de integrantes de la OCD de ese momento:

“Nuestro Hospital era un establecimiento general del interior del país. Hacia el año 1999, el servicio de pediatría estaba integrado sólo por médicos pediatras y médicos generalistas. La posibilidad de realizar consultas a distancia se constituyó en una herramienta muy valiosa pues permitía interconsultar a especialistas no disponibles en la zona. Esa fue la razón principal del por qué adherir a la estrategia en sus inicios.” (8EZ)

Para agregar:

“Al momento de realizar una consulta a distancia, se informaba a los pacientes y sus familias, se le explicaba en qué consistía, se les mostraba el formulario a utilizar y posteriormente la respuesta recibida del Garrahan. Esta posibilidad, de consultar a un Hospital de Referencia Nacional, aportaba el aval necesario para que las familias adhirieran a la estrategia. Sabían que más allá de la indicación nuestra (médicos

locales), había otro equipo médico a distancia que acompaña y respalda las decisiones de diagnóstico o terapéuticas.” (8EZ)

De este modo, las consultas asincrónicas entre equipos remotos posibilitaron pensar en otras (y más) alternativas de resolución para decidir cuál era el proceso de atención más conveniente para un paciente, desde cada institución. Las OCD al formar parte de establecimientos asistenciales contribuyeron, a su vez, al sentido de complementariedad (respecto a la atención presencial) que se le asigna a las prestaciones a distancia. Según los entrevistados, de no poder resolverse el problema de salud a distancia, se continuaba con la atención presencial en el establecimiento de destino (donde había sido enviada la consulta). Es decir, la utilidad de las OCD se construyó también por la posibilidad incorporada de brindar atención presencial en caso de requerirse, como así también de estudios complementarios (básicamente de diagnósticos por imágenes y pruebas de laboratorio). El rol de las OCD de coordinar e integrar la atención a distancia con la atención presencial como partes constitutivas del mismo proceso de atención se constituyó en otro factor clave para el interesamiento de los actores en la estrategia. Tal como queda evidenciado en palabras de sus protagonistas:

“Otro aspecto que motivó al uso de la estrategia, fue la posibilidad de enviar muestras de laboratorios para determinaciones que no se realizan localmente. Esto funcionó como otro estímulo dado que posibilitó un seguimiento a distancia de calidad de los pacientes pues no solo se hacía la consulta de segunda opinión en especialidades no disponibles, sino que también los equipos del Hospital Garrahan procesaban las determinaciones de estudios complementarios que ellos mismos iban a informar. El envío de muestras se sostuvo bastante tiempo hasta que se comenzaron a realizar en los laboratorios de la provincia.” (8EZ)

Esta etapa logró traducir diversos intereses (de los equipos de las OCD, de los distintos servicios hospitalarios, de los referentes institucionales y de los pacientes) de manera tal que, aun conservando las diferencias y particularidades, puedan enlazarse, asociarse y funcionar juntos (Vergara-Vidal & Avendaño-Pavéz, 2020). Estas acciones tuvieron como consecuencia directa la apertura gradual de distintas oficinas en los distintos establecimientos del país y su incorporación progresiva en la red en conformación.

La falta de adherencia o uso de las prestaciones a distancia en todas las circunstancias posibles también estuvo presente en sus inicios. Las mismas ocasionaron una diferenciación de las estrategias implementadas en cada establecimiento con el fin de evitar, disminuir o neutralizar las barreras que obstaculizaran el funcionamiento, sean del tipo que fueren. De hecho, la incorporación de las OCD generaba ciertas resistencias vinculadas con la modificación de la práctica asistencial presencial. Estos reparos referían principalmente a distintos aspectos de las responsabilidades legales y profesionales que implicaba la atención médica a distancia. Así lo reflexiona un integrante del equipo fundacional.

“No era una oposición explícita, sin embargo, algunos jefes o médicos especialistas ponían en duda la efectividad del sistema que se proponía. Asimismo, planteaban situaciones en relación a la cuestión legal, fundamentalmente referidas a la mala praxis y responsabilidad profesional por fuera de las jurisdicciones. También se plantearon desde el inicio la legitimidad del alcance de las matrículas nacionales, ante la posibilidad de brindar opiniones profesionales sobre pacientes que estaban en diferentes jurisdicciones y por fuera del alcance de cobertura de sus matrículas profesionales²¹, desencadenando resquemores al momento de sellar y firmar el formulario enviado por fax.” (2EN)

Las cuestiones enunciadas introdujeron nuevos aspectos que problematizan el uso de la consulta a distancia propuesto por las Oficinas, algunos de los cuales fueron una constante a lo largo del tiempo. El modelo de las OCD permite que un profesional matriculado en una provincia pueda brindar atención en salud a un paciente que se encuentra localizado en otra. Esta situación entró en tensión con las regulaciones de las matrículas profesionales, dado que el registro y los alcances de la matrícula de los profesionales sanitarios es jurisdiccional²² y por ende presenta límites territoriales.

Como forma de neutralizar las consecuencias que acarreó esta situación, la OCD Garrahan introdujo tres medidas de cumplimiento obligatorio por las partes intervinientes: en primer lugar, otorgó valor de “propuesta” a las respuestas asistenciales enviadas a distancia, explicitando, además, que las mismas surgen de los datos informados sobre el cuadro clínico del paciente desde el centro de origen (es decir, de la información suministrada por el

²¹ En nuestro país la regulación del ejercicio profesional en salud es potestad de las diferentes provincias. <https://www.argentina.gob.ar/salud/oferhus/formacion/regulacion-ejercicio-profesional>

²² Extraído de: https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050102/refeps_intro.jsp

profesional local); en segundo lugar, determinó la necesidad de evaluar la conveniencia del uso de la atención a distancia ante el cuadro clínico del paciente, dado que el proceso no aplicaba a pacientes en situación de emergencia o inestables; y, en tercer lugar, estableció la obligatoriedad de la firma del consentimiento informado del paciente previo a la realización de la consulta a distancia. Estas acciones resultaron validadas por sus actores y lograron imponerse sobre las limitaciones surgidas, aportando a su construcción de uso.

Ajustes al modelo inicial: involucrar a las jurisdicciones en la estrategia de vinculación interinstitucional

Las primeras insinuaciones hacia una actividad con una mayor orientación al mercado (instituciones y sociedad) comenzaron a fortalecerse con la firma de convenios de adhesión entre el Hospital Garrahan y los Hospitales Públicos de distintas jurisdicciones del país. El propósito de estos convenios era implementar OCD (Unidades operativas) en cada centro asistencial, a través de las cuales los profesionales de la institución pudieran efectuar consultas sobre diagnóstico, seguimiento y/o tratamiento de sus pacientes por medio de los canales tecnológicos previamente establecidos. Como forma de contribuir a su continuidad, los mismos fueron de renovación automática.

Esta situación introdujo nuevos diferendos con las autoridades sanitarias jurisdiccionales, pues la firma de estos acuerdos específicos no seguía la red de atención provincial, organizada de acuerdo a niveles de complejidad creciente. Tradicionalmente, los sistemas nacionales de salud distinguen tres niveles de atención que se diferencian por los servicios de salud que prestan²³. Cada uno representa grados progresivos de especialización y cuidado. El primer nivel se encuentra conformado por la atención ambulatoria y se constituye como primer contacto de la población con el sistema de salud. El segundo nivel (hospitales de referencia jurisdiccionales), brinda tratamiento especializado y oficia de nexo con el tercer nivel. El tercer nivel, corresponde a los hospitales de alta tecnología e institutos especializados, que no se encuentran disponibles en todas las localidades y/o provincias, en su mayoría se trata de centros especializados nacionales²⁴ y de ahí su alcance federal.

²³ OPS. Bravo, A. Regionalización, Organización y funcionamiento coordinado de servicios de salud en zonas rurales y urbanas. Cuarta Conferencia Regional de Hospitales en América Latina, Primer Congreso Nacional de Hospitales, celebrados en Caracas, Venezuela, del 20 al 25 de enero de 1974. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14231/v77n3p231.pdf?sequence=1>

²⁴ Extraído de <https://www.recavar.org/niveles-de-atencion-de-salud-en-el-mundo>.

El circuito de las atenciones a distancia que impulsó la OCD Garrahan, aún sin proponérselo, no respetaba esos niveles. Es decir, no seguía el circuito de la atención presencial que consistía en ingresar por el primer nivel y para llegar al tercer nivel tenía como paso obligado el segundo. Como forma de regular esta situación, la OCD Garrahan modificó la modalidad inicial de vinculación interinstitucional a través de incorporar un nuevo actor: los Ministerios de Salud jurisdiccionales. Desde el año 2000, los convenios específicos de cooperación comenzaron a firmarse con los Ministerios de Salud de cada provincia (además de los directores de Hospitales), reemplazando los convenios de cooperación interhospitalarios anteriores, firmados directamente entre hospitales.

A partir de entonces, el circuito de las consultas transcurrió desde los centros de atención del primer nivel a los hospitales de referencia provinciales y, desde allí, a otros hospitales de referencia provincial o de referencia nacional y viceversa. De este modo, se garantizó la realización de consultas a distancia desde todos los hospitales de la red pero respetando la organización sanitaria- administrativa local.

Según el trabajo de Schejter et al (2010), “uno de los procesos derivados de esta situación para las OCD fue la necesidad de fortalecer la comunicación entre los distintos niveles de atención de los establecimientos públicos de salud que forman parte de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia, más allá del nivel del establecimiento que inicie el intercambio y de los usos que cada sistema provincial le dé” (p. 182). Seguir los circuitos preestablecidos resultaban insuficiente para abordar todas las situaciones en relación con los intercambios que podrían presentarse.

Como consecuencias de ello, a partir del año 2000, desde la OCD Garrahan se comenzó a pensar en distintas formas de extender la vinculación entre los equipos de salud de los distintos hospitales. Esta situación tuvo lugar en un contexto marcado por las nuevas posibilidades de intercambios de información entre usuarios a partir del comienzo del uso de internet en los establecimientos de salud²⁵ y la apertura de salas de videoconferencias como

²⁵ En el año 1997 se lanza en Argentina la modalidad de conexión a internet por banda ancha. Su incorporación permitió no solo mayor velocidad (mejora cuantitativa) sino de la posibilidad de estar conectado en forma permanente (mejora cualitativa). <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/los-cambios-internet-como-evoluciono-conectividad-argentina-nid2525803/>

redes de comunicación a distancia en sedes provinciales de universidades y otros entes públicos del país como el Consejo Federal de Inversiones (CFI).²⁶

Durante el periodo 2003-2006, los integrantes de la OCD Garrahan generaron acuerdos interinstitucionales con el CFI y la Universidad Tecnológica Nacional (UTN), para el uso de las salas de videoconferencias disponibles en sus sedes provinciales por los equipos de salud de todo el país (Camara, 2019). Las salas contaban con equipos de videoconferencias (encuentros sincrónicas de transmisión cerrada) conectados con la OCD del Hospital Garrahan, permitiendo que equipos de salud localizados en distintas jurisdicciones pudieran presentar casos clínicos o participar de actividades con fines educativos. Para hacer uso del nuevo alcance, se requería que los integrantes de las OCD y demás personal de salud convocado o interesado en participar, se trasladen a las sedes de las instituciones donde se encontraban localizados los equipos de videoconferencias.

Estas actividades sincrónicas cobraron fuerza en el año 2006, con un ciclo de capacitaciones organizadas por el Hospital Garrahan y destinadas a perfiles no médicos de los Hospitales adheridos. “La posibilidad de desarrollar actividades para personal de mantenimiento, esterilización, alimentación, laboratorio, entre otros,²⁷ permitió generar espacios de intercambios para perfiles no contemplados en los espacios tradicionales de formación continua hospitalaria, mayormente reservados a otros sectores como profesionales médicos y de enfermería” (Hospital Garrahan, 2023, p. 6).

Según sus integrantes, la experiencia fue considerada como un punto de inflexión para la creación del Programa de Referencia y Contrarreferencia (PRyCR)²⁸ en el año 2006. Este programa, diseñado por autoridades y referentes institucionales de la OCD Garrahan, tomó

²⁶ El Consejo Federal de Inversiones (CFI) es un organismo público interestadual creado en el año 1959, como un organismo federal de innovación y planificación de inversiones para el desarrollo integral del país, destinado a asistir y acompañar a las provincias argentinas en sus áreas de competencia. <https://cfi.org.ar/>

²⁷ En el año 2006 se ejecuta en 18 hospitales públicos pertenecientes a las provincias de Santiago del Estero, Tucumán, Jujuy, Chaco y Formosa el Proyecto ARG 04/021 “Acciones para la reducción de la pobreza y mejorar las condiciones de vida de madres y niños en Argentina, Paraguay y Uruguay”, financiado por el PNUD. En virtud que el mismo consistía en la puesta en valor de equipamiento médico a los Hospitales participantes, se realiza un relevamiento del equipamiento a recuperar, junto a la compra de los repuestos necesarios. Sin embargo, para completar el programa fue necesario capacitar al personal técnico (agentes de variada formación, muchos de ellos empíricos) para lo cual se diagramó un ciclo de videoconferencias, que fue solicitado al equipo de la OCD Garrahan y destinado a los establecimientos de la red involucrados (Hospital Garrahan, 2023).

²⁸ Este programa tiene dos antecedentes directos: uno es el proyecto denominado: “Programa de Telemedicina en Apoyo al Establecimiento de Redes de Servicios” financiado por la OPS e implementado en la provincia de Jujuy (Savignano et al, 2019, p. 64), y el otro es el Programa de Comunicación a Distancia (PCD) del Hospital Garrahan (Schejter et al, 2010, p. 181)

los principios constitutivos de las OCD e incorporó los componentes de teleeducación y telegestión, expandiendo sus alcances asistenciales hacia otros usos. En sus propósitos constitutivos figura: favorecer la resolución local de los problemas complejos de salud infantil con la participación de centros asistenciales de todo el territorio nacional; promover la formación continua de recursos humanos y asesorar sobre nuevos modelos de organización hospitalaria y gestión administrativa. La Fundación Hospital Garrahan colaboró activamente con el Programa a través de destinar recursos financieros para su desarrollo conceptual y organizativo (Hospital Garrahan, s/f, párr. 3, 4 y 5). El PRyCR fue identificado por la OPS como “una de las iniciativas claves para el desarrollo de la telesalud en la región” (2014, p. 122). El programa se implementó en establecimientos públicos de salud de 22 provincias del país.

Estamos aquí frente al primer desplazamiento de la red en conformación: las OCD extendieron las redes de cooperación con otras entidades no hospitalarias (Universidades, CFI, Fundación Garrahan) y sus acciones más allá de las asistenciales al incorporar el uso de TIC con fines de teleeducación y telegestión.

Construyendo convergencia e irreversibilidad de las Oficinas

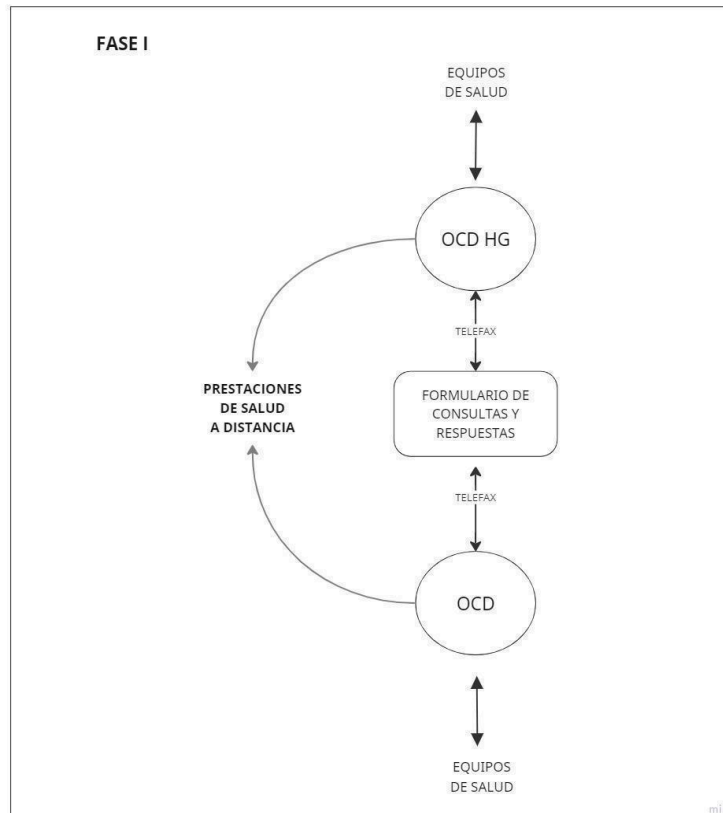
Si bien se originó como un proyecto institucional con un objetivo social y sanitario, el desarrollo de la OCD Garrahan representó un trabajo interinstitucional en el que participaron establecimientos públicos de salud del país, junto a otros organismos, resignificando los sentidos de uso en el tiempo. Inicialmente, las estrategias de las OCD apuntaron a desplegar un conjunto de acciones tendientes a persuadir a diversos actores involucrados sobre la aceptabilidad y utilidad de la modalidad de prestaciones de salud a distancia.

Al ser las tecnologías de la información y la comunicación concebidas como recursos dinámicos, al telefax utilizado en sus inicios se le incorporó las comunicaciones por internet vía email a partir de la primera década del año 2000. Este último (correo electrónico) permitió el intercambio de información de diversos tipos (texto, imágenes, sonido, etc.), simplificando e integrando la información en un mismo medio, a la par de agilizar los tiempos. No obstante, esta nueva vía de conexión requería de otros artefactos: una pc y acceso a internet. Dado que no todos los establecimientos contaban con esos recursos tecnológicos, los impulsores de la estrategia optaron por sostener ambas modalidades (correo

electrónico y telefax) en el mismo periodo del tiempo, en lugar de reemplazar uno por otro. Esta decisión aportó cierta dosis de flexibilidad necesaria para el uso de la herramienta, aún en escenarios distintos.

Durante sus primeros años de desarrollo, la OCD Garrahan se destacó por su capacidad de alinear a los demás actores en una expectativa de interesamiento en la iniciativa. En otros términos, logró que los distintos actores intervinientes, aun con distintas motivaciones, unifiquen intereses en torno al uso de la consulta a distancia en los términos propuestos. La asociación de los elementos constitutivos presentes en esta fase, entre los que se incluyen la OCD, los equipos de salud, instituciones de la red federal, formulario de consultas a distancia, telefax, correo electrónico, normativas y convenios, entre otros, lograron efectivizar esta modalidad de prestación de servicios de salud a distancia, representada del siguiente modo. Gráfico 1.

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia

A finales del año 2010, es posible identificar niveles de convergencia y coordinación de sus recursos que facilitaron no sólo su conformación, sino la durabilidad de sus conexiones y la predeterminación de su comportamiento en el tiempo (irreversibilidad). La red de OCD lograron posicionar el uso de la consulta a distancia como una práctica social capaz de alcanzar los intereses comunes y propios (Latour, 1999) en establecimientos con alcance pediátrico e introdujeron una serie de innovaciones respecto a la modalidad asistencial tradicional.

Capítulo III: Expansión de sus alcances y reconfiguración de la red original. 2011-2019.

En este capítulo nos proponemos analizar las estrategias desplegadas por las OCD a partir del año 2011, momento en que se introdujo una novedosa herramienta de intercambio de información, los equipos de videoconferencia, que modificó los marcos de acción vigentes y, posteriormente, la creación del Programa Nacional de Telesalud. El análisis se extiende hasta el año 2019, cuando la red original se transforma nuevamente como resultado de una confluencia de elementos nuevos y viejos en el contexto de la pandemia de Covid 19.

Incorporación de equipos de videoconferencias propios

En noviembre de 2011, el Hospital Garrahan suscribió un convenio con el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación Productiva para la ejecución del Proyecto “Desarrollo e innovación de un modelo de comunicación inter-hospitalaria para atención y seguimiento de pacientes a distancia”, en el marco del Programa de Referencia y Contrarreferencia. Se trató de un Proyecto subsidiado por el Ministerio de Planificación Federal y por el Fondo Argentino Sectorial (FONARSEC)²⁹, dependiente de la actual Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación (ANPCYT). El mencionado proyecto permitió adquirir 160 equipos de videoconferencia de alta definición con tecnología IP, que permitieron sustituir los sistemas de comunicación telefónica tradicional,³⁰ y fueron distribuidos en establecimientos de la red federal de OCD conectadas con el Hospital Garrahan. La nueva herramienta tecnológica significó la posibilidad de vinculación de equipos e instituciones de salud desde los propios establecimientos, en forma remota y simultánea. Hasta entonces, las experiencias sincrónicas realizadas correspondían básicamente a espacios organizados por la OCD Garrahan y transmitidos desde las sedes jurisdiccionales del CFI y la UTN, donde el personal de salud se trasladaba para participar.

²⁹ En el año 2009 la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación crea el Fondo Argentino Sectorial (FONARSEC), destinada al diseño y la gestión de herramientas asociativas mediante la conformación de consorcios públicos-privados, con el objeto de mejorar la competitividad en varios sectores, contribuir a la solución de problemas diagnosticados y dar respuesta a las demandas de la sociedad, las empresas y el Estado.

³⁰ Los mismos fueron adquiridos con 500 licencias de software, que podían instalarse en cualquier computadora y emulaban un equipo de videoconferencia (Camara, 2019), ampliando los puntos de conexión en el mismo establecimiento y/o en otros (que no habían recibido equipos de videoconferencias).

El hecho que la OCD Garrahan sea destinataria de este proyecto dió cuenta de la visibilidad adquirida desde sus inicios y de su capacidad de obtener recursos provenientes de distintas organismos (desde fundaciones extranjeras, el CFI, la UTN y ahora la ANPCyT). Esta situación contribuyó a su consolidación como actor central de la red en conformación, interesando a los demás actores (equipos de las OCD y autoridades sanitarias) en la incorporación de nuevas TIC y sentidos de nuevos usos. En palabras de un integrante y referente de OCD Garrahan consultado:

“Repensar el proyecto permanente aportó los niveles de flexibilidad necesarios requeridos para la inclusión de nuevas tecnologías en el tiempo, sin debilitar la esencia de las OCD. La flexibilidad constitutiva del proyecto contribuyó a disminuir las resistencias iniciales a lo nuevo e ir adaptando las estrategias vigentes.” (1EN)

Con el fin de que los equipos de videoconferencias se constituyan en una nueva herramienta a disposición de las prestaciones a distancia, la OCD Garrahan llevó a cabo acciones combinadas. Por un lado, para la distribución de los equipos optó por aplicar la misma lógica de la fase anterior, que consistió en la suscripción de contratos de adhesión entre las autoridades del Hospital Garrahan, los Ministros de Salud provinciales y los directivos de los establecimientos. Por otro, estableció que sus destinatarios fueran las OCD en marcha (aun con distinto nivel de desarrollo), los 23 Ministerios de Salud provinciales y el Ministerio de Salud de la Nación. De este modo, la decisión de equipar a las OCD con nueva tecnología ofició como continuidad del desarrollo anterior en formas ampliadas y como puesta en valor de la estrategia en las nuevas tecnologías. Por su parte, la inclusión de los ministerios de salud jurisdiccionales como destinatarios de los equipos de videoconferencias fue entendida como una instancia formalizada de apertura de la red de OCD hacia los mismos.

Como contrapartida, la OCD Garrahan estableció una serie de condicionalidades que debían cumplir los establecimientos destinatarios (OCD y Ministerios) para recibir la nueva tecnología. Ellas fueron: disponer de una serie de requisitos de conectividad (que en muchas ocasiones superaba la conectividad disponible en la institución); incorporar o asociar en las unidades operativas perfiles técnicos o informáticos con habilidades para la gestión de las nuevas redes informáticas de comunicaciones; determinar normas de uso adecuado e involucrar a las autoridades de cada institución en la implementación de sus alcances

ampliados, determinados por la nueva herramienta de videoconferencia y el inicio de usos no asistenciales.

La recepción de los equipos a nivel institucional requería, además, contar con un espacio físico: los equipos de videoconferencias debían localizarse en un lugar fijo (no eran portátiles y necesitaban de acceso a internet alámbrico). Según los integrantes de las OCD, disponer de un espacio físico propio tuvo un doble propósito: no sólo facilitó el desarrollo de las actividades operativas propuestas por la nueva tecnología, sino también contribuyó a posicionar a las OCD como parte de la estructura hospitalaria, aportando a su reconocimiento institucional. Tal cual queda evidenciado en la palabras de una entrevistada:

“El disponer de una sede de operaciones permitía el desarrollo de las actividades y, además, contribuía a la visualización intrahospitalaria como una nueva área de trabajo.” (7EZ)

El cumplimiento de estas condicionalidades se constituyó en un paso obligado para la recepción de los equipos de videoconferencias por parte de los establecimientos. Asimismo, dio lugar a un nuevo campo de negociación entre los actores intervinientes a nivel local para acordar los requerimientos para su recepción y puesta en marcha. En algunas OCD este proceso fue resuelto rápidamente, mientras que en otras llevó meses. La distribución masiva de los equipos de videoconferencias fue iniciada en el año 2012 y se extendió hasta el año 2014.

La incorporación de la nueva tecnología fue señalada por sus integrantes como un elemento clave en el proceso de construcción de utilidad de las OCD en los establecimientos públicos. En forma retrospectiva, fue percibida como el punto que inició el despliegue de las actividades constitutivas de la red: los intercambios sincrónicos a distancia para brindar prestaciones de salud. Para algunas OCD, la recepción del equipo significó, por primera vez, participar de comunicaciones sincrónicas. Si bien en la fase anterior ya se hacía uso de las salas de videoconferencias del CFI o de la UTN, esta posibilidad no estaba disponible para todos los establecimientos, pues no existían sedes de estos organismos en todas las localidades que contaban con hospitales adheridos a la red de oficinas. Asimismo, disponer de equipos propios, acercaba la propuesta a más actores de la institución.

Desarrollo de nuevos componentes y alcances prestacionales

Tal como hemos desarrollado, la adopción de los equipos de videoconferencias como artefactos propios determinó un cambio sustancial en las posibilidades de intercambio de información, al permitir compartir contenidos y comunicarse de forma oral y visual de forma sincrónica (en tiempo real) entre equipos de salud de dos o más establecimientos. No sólo amplió las modalidades de interacción asistenciales, sino que dio lugar al desarrollo de los componentes teleeducación y telegestión. La teleeducación consistía en brindar capacitaciones e intercambios de información y conocimientos a distancia a equipos de salud a través de videoconferencias. Mediante la telegestión, en cambio, se llevaban a cabo distintas acciones a distancia que facilitaban compartir información y habilidades con el propósito de promover mejoras de procesos en gestión administrativa, tecnológica o sanitaria. De forma específica consistía en “la asesoría o diseño conjunto de servicios de gestión y modelos organizacionales en telesalud, manejo y adquisición de tecnologías para su implementación, acompañamiento en la puesta de marcha de programas en diferentes áreas de la salud, y diseño de procesos, acuerdos para buenas prácticas en Telesalud” (Ugo & Luna, 2021, p. 173). Ambos componentes hacían uso de TIC como elemento central para efectivizar los intercambios y fueron identificados por sus miembros como espacios colaborativos, horizontales y transversales a distintos perfiles, roles, áreas e instituciones.

Según Savignano (et al. 2019), el uso de esta nueva tecnología implicó el inicio de comunicaciones sincrónicas y en cualquier dirección y establecimiento de la red; como así también el surgimiento de nuevas herramientas puestas en valor, en los roles de los recursos humanos y en los alcances prestacionales. “Dicho escenario permitió no sólo ampliar la comunicación con la OCD del Hospital Garrahan, sino una mayor interacción al interior de cada red provincial y entre ellas.” (2019, p. 64).

En este punto debemos señalar una diferenciación según el componente que se trate (teleasistencia, teleeducación o telegestión), que suponen una construcción de utilidad distinta por parte de las OCD. Para el componente asistencial, la introducción de esta nueva tecnología promovió el desarrollo de los consultorios virtuales entre profesionales de distintas instituciones. Los mismos consistían en compartir estudios (imágenes, laboratorios) de pacientes, incluso realizar la evaluación clínica de los mismos en tiempo real asistido por profesionales de forma remota. Esta modalidad se sumó a las consultas a distancia asincrónicas entre profesionales de salud e instituciones vigentes desde los inicios de la red.

Por su parte, los componentes de teleeducación y telegestión fueron desarrollados a partir de la introducción de esta nueva TIC (equipos de videoconferencias). En otros términos, la incorporación del uso sincrónico por parte de las OCD permitió que equipos de salud de distintas instituciones se vinculen virtualmente unos con otros con fines no asistenciales. Su puesta en marcha otorgó al personal de salud de la red acceso rápido y a mayor escala a información y conocimientos en temas sanitarios y de tecnologías de la información, haciendo frente, a su vez, a las grandes barreras existentes en el sector sanitario como el acceso a la información científica por limitaciones presupuestarias, la falta de oferta local de capacitación, y las distancias y dispersiones geográficas, entre otras (OPS, 2014). Por primera vez, determinados espacios de capacitación presenciales destinados a personal interno de cada hospital, se abrieron a equipos de salud de otras instituciones, aumentando la cantidad de asistentes y la circulación del contenido: desde una institución hacia otras de la red.

Según registros institucionales, durante el año 2012, primer año de uso de los equipos de videoconferencias por los establecimientos de la red, la OCD Garrahan generó 618 actividades multidisciplinarias sincrónicas de intercambios de información y conocimiento con fines asistenciales, de docencia y de promoción mejoras en los procesos de gestión administrativa, tecnológica o sanitaria (Hospital Garrahan, 2023).

Las temáticas comprendidas en ellas fueron diversas y definidas por los intereses de los propios equipos de salud, o bien a partir de un intercambio sobre un tema determinado o por solicitud de otro servicio o institución. Los formatos que seguían eran los tradicionales de la formación en el ámbito sanitario, tales como ateneos, talleres, jornadas o congresos, no obstante se diferenciaban en varios aspectos. En primer lugar, los roles de los docentes eran intercambiables: se podía ser disertante en una actividad y asistente en otra. En segundo lugar, dado que estaban disponibles a toda la red de establecimientos adheridos, independientemente del nivel del establecimiento o localización, había una simetría entre todos los participantes. En tercer lugar, la posibilidad artefactual de habilitar la comunicación multidireccional y en simultáneo determinó progresivamente la ampliación hacia otros perfiles de los equipos de salud que, si bien no conformaban los equipos de las OCD, comenzaron a interesarse y hacer uso de la estrategia.

Tal como plantea Callon (2001), “las acciones que hacen más fácil las interconexiones resultaron favorables para las dinámicas de las RTE; así como todas las que clarifican las

cuestiones de apropiabilidad de los resultados de la acción colectiva” (p. 16). De este modo, los nuevos desarrollos tecnológicos incorporados a la red de OCD implicaron la adaptación al nuevo entorno como lenguaje común y mediante mecanismos de aprendizaje colectivo. Esta situación reconfiguró la alianza general y contribuyó a consolidar nuevamente la RTE conformada en una nueva posición.

Por cierto, este último punto nos remite a una modalidad diferenciada de la direccionalidad de las interacciones entre los distintos establecimientos de la red, según del componente de telesalud que se trate. Mientras el componente asistencial continuaba con las interacciones de una OCD a otra, los componentes teleeducación y teleasistencia realizaban intercambios multidireccionales entre todos los establecimientos de la red participantes. Las razones de ello se encontraban en el hecho de que las consultas a distancia (teleasistencia) entre profesionales (proveedores de salud) debían seguir los niveles de complejidad de cada establecimiento. En otros términos, respetar la lógica jurisdiccional preestablecida de organización por niveles de resolución asistencial. En su mayoría, además, continuaban utilizando el formulario de consultas y respuestas enviado por correo electrónico que implicaba, de por sí, una interacción punto a punto.

Por el contrario, los intercambios a distancia con fines de capacitación y gestión desarrollaban intervenciones ciento por ciento horizontales y multidireccionales, independientemente de los niveles de atención del establecimiento participante. Por ejemplo, de la discusión académica de un caso clínico podían participar integrantes de cualquier hospital de la red que estuvieran interesados.

De este modo, la incorporación de los distintos componentes de telesalud en los establecimientos adheridos desencadenó distintos usos, y habilitaron el funcionamiento de subredes dentro una misma red; constituyéndose las OCD en los actores claves para su puesta en acción como elementos ensamblados.

Programa Nacional de Telemedicina Pediátrica

El año 2015, el Hospital Garrahan creó el Programa Nacional de Telemedicina Pediátrica, designando a la OCD Garrahan como el Centro Coordinador del Programa Nacional de Telesalud Pediátrica. Un año después, fue presentado por autoridades del gobierno nacional

como una política pública innovadora que facilitaba la atención a distancia de niños, niñas y adolescentes de todo el país (MSAL, 2016).

En el primer año de su puesta en marcha, la OCD Garrahan realizó dos acciones asociadas a cada uno de sus tres componentes (teleasistencia, teleeducación y telegestión), que contribuyeron a profundizar las modalidades de vinculación entre sus actores. Las mismas consistieron en: a) el diseño de una plataforma nacional web de consultas a distancia pediátrica habilitada, y extendiendo su uso para la población adulta; y b) la realización del primer encuentro de referentes de OCD del país transmitido por videoconferencias a toda la red. Ambas acciones, además, actuaron como actividades de interesamiento de sus integrantes y de otros actores hospitalarios.

a) *Diseño de la plataforma nacional de consultas a distancia*

Los referentes de la OCD Garrahan, junto a profesionales del Ministerio de Salud de la Nación, del Ministerio de Modernización y de la empresa estatal de soluciones satelitales (ARSAT),³¹ crearon un entorno web para el intercambio de información de pacientes a distancia con fines de diagnóstico, tratamiento o seguimiento. El mismo fue propuesto en reemplazo del formulario de consultas y respuestas puesto en funcionamiento en la etapa anterior. La nueva plataforma se definió como una herramienta TIC unificada y compartida para el registro de las intervenciones asistenciales y funcionar como complemento de los equipos de videoconferencias. Estos últimos sólo permitían efectivizar los encuentros sincrónicos pero, por las propias características artefactuales, no generaban un registro escrito del resultado de los intercambios asistenciales producidos durante el mismo.

El nuevo entorno fue señalado por sus integrantes como superador del formulario anterior en varios aspectos. A nivel operativo, su desarrollo incluía (como parte de la misma consulta) laboratorios, imágenes clínicas y videos, simplificando y optimizando el proceso de consultas a distancia; como así también permitía el registro de consultas a distancia asincrónicas (diferidas en el tiempo) y sincrónicas (en tiempo real). A nivel tecnológico, fue diseñado como un servicio web, posibilitando ingresar desde cualquier dispositivo y lugar con acceso a internet y acopiando la información generada de todo el centro (unidad asistencial) en una misma plataforma. A nivel conceptual -organizativo, como forma de asegurar los circuitos de derivación jurisdiccionales, el nuevo entorno permitía que una

³¹ Empresa argentina de telecomunicaciones creada por el Estado Nacional en el año 2006 a través de la Ley 26.092. Se propone brindar conectividad mayorista a distintas localidades del país y de esta forma generar condiciones de igualdad en el acceso al servicio de las telecomunicaciones en todo el territorio nacional.

consulta se dirigiera en primer término, al establecimiento jurisdiccional de mayor complejidad de su zona y en caso que este no disponga de la especialidad, recién ahí se dirigida a un centro de mayor complejidad localizado en otra jurisdicción (con capacidad de respuesta a ese problema de salud). Asimismo, y como forma de abarcar la complejidad del proceso de atención que se iba presentando, delimitó los permisos de acceso (a la plataforma) de los distintos usuarios que participan del proceso de consultas a distancia (binomio médico y administrativo) e introdujo un nuevo rol: el de gestión. A este último le asignó funciones tales como: generar usuarios de la plataforma, habilitar establecimientos y emitir reportes de uso. De este modo, el nuevo entorno permitió que todas las intervenciones asistenciales a distancia realizadas, intra e interinstitucionales, se concentren en una misma herramienta más adecuada y expansiva de la red.

En relación con este último punto, destacamos otro elemento central que forma parte de todas las instituciones de salud del país (públicas y privadas) y que atraviesa a las consultas a distancia: la obligatoriedad de llevar la Historia Clínica (HC) del paciente enmarcada en la Ley Nacional 26.529. De acuerdo a la mencionada Ley, la HC es el documento que contiene todos los datos clínicos del paciente desde que nace hasta su fallecimiento.³² Las prestaciones a distancia, como cualquier otra práctica asistencial en salud, también debían cumplir con este registro. En virtud de lo cual, cualquier intervención asistencial que se realice a distancia -sea cual fuera la TIC que utilice (Telfax, correo electrónico, plataformas web, etc.)- debía contar con un registro impreso o digital, y quedar a resguardo en la institución. La plataforma de consultas a distancia permitió cumplir con ello y aportó accesibilidad a la información generada, al permitir ser consultada desde cualquier ubicación y usuario habilitado.

A finales de 2016, la OCD Garrahan, en su rol de centro coordinador pediátrico, impulsó su uso generalizado para el componente asistencial en los 225 establecimientos de la red OCD adheridos de las 23 provincias del país para ese entonces. Rápidamente sus miembros asociaron la nueva plataforma como una forma de incorporar los avances tecnológicos y de conectividad de ese momento, a la teleasistencia.

³² La historia clínica es un documento que tiene todas las actuaciones que hacen los profesionales y auxiliares de la salud para cuidar la salud de cada paciente. También se incluyen los procesos asistenciales indicados y recibidos por el o la paciente, aceptados o rechazados, y los datos actualizados de su estado de salud. Contribuye a garantizar una asistencia adecuada. Se encuentra regulado por la Ley Nacional 26.529 de Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado; por la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales; y más recientemente (2023) por la Ley Nacional 27706 correspondiente al Programa Federal Único de Informatización y Digitalización de Historias Clínicas de la República Argentina.

b) *Primer encuentro de referentes de OCD del país transmitido por videoconferencias*

En el mes de diciembre de 2015 la OCD Garrahan llevó a cabo el primer encuentro anual transmitido por videoconferencias de referentes de OCD Telesalud del país. El mismo fue concebido como un nuevo espacio de intercambio de conocimientos y experiencias con el propósito de: “entrenar y capacitar a los equipos de las OCD en los procesos impulsados desde la OCD Garrahan: consultorios virtuales de segunda opinión, teleseguimiento de pacientes, diagnósticos a distancia, videoconferencias, consulta por plataforma web, entre otros” (Noticias de prensa del Hospital Garrahan, 14 de diciembre de 2015).

La modalidad que adoptó resultó novedosa: la participación presencial de referentes de OCD de once provincias argentinas desde la sede del Hospital Garrahan y transmisión virtual hacia los demás establecimientos de la red. Según Ugo & Luna (2021), “la potencia de estos encuentros se encontraba en acortar distancias físicas (la condición geográfica de los participantes no era una limitante para participar de los mismos) y facilitar el trabajo en red. Descubrir nuevos usos de la telesalud en definitiva resultaba una experiencia de aprendizaje para sus participantes e invitaba a repensar las propias prácticas” (p. 173). Estos espacios se constituyen en una materialización de la red como una confluencia de actores en un plano suprainstitucional. Tal como queda evidenciado por sus miembros:

“La OCD es una historia de vínculos que se inicia a partir de una consulta, entonces se va generando y profundizando nuestra concepción de redes que apuntan a un sentimiento de pertenencia y de identidad de la red. Este es un proceso que nos permite sentir que se pertenece a algo más que el servicio y el Hospital del que somos parte.” (2EN)

“No nos sentimos invitados en estos espacios, sino parte de los mismos. Ahí las jerarquías profesionales e institucionales no cuentan y todos compartimos el mismo sentido de pertenencia: la red de OCD.” (EZ7)

El significado que sus integrantes le otorgaron a estos espacios trasciende sus fines operativos y de actualización en temas afines. A partir de ellos se comenzó a asociar, de manera más marcada, a la red de OCD Telesalud a un sentido de pertenencia como una identidad compartida que se agrega a la institucional. Esta identidad colectiva de “pertenecer a la red de OCD” resultó favorecedora para su desarrollo. Según sus integrantes, este sentimiento aportó motivación para el cumplimiento de los propósitos de uso de telesalud en

el marco de la red propuesta y contribuyó a sostener el interesamiento de sus actores con la estrategia.

A partir del primer encuentro federal, la OCD Garrahan decidió dar inicio a una sucesión de encuentros anuales. Con el fin de que en ellos prevalezca su impronta federal y la circulación horizontal de conocimientos y experiencias, los moderadores de las mesas de trabajo (y también disertantes) pertenecían a referentes de oficinas de distintos establecimientos del país. Asimismo, y como forma de asegurar la circulación de conocimiento nuevo en el área, se invitaban a expertos nacionales e internacionales sobre la temática.

La movilización virtual y presencial de referentes del país demostró que se trataba de un conjunto de recursos organizados, con acciones objetivas compartidas. La participación masiva registrada, también dio cuenta del interés de nuevos actores en la iniciativa (directivos de los hospitales, jefes de servicios y gradualmente referentes ministeriales). Por otra parte, si bien inicialmente fueron generados por el Hospital Garrahan y financiados por la Fundación Garrahan, rápidamente se replicaron en iguales o similares formatos en otros establecimientos, sumando recursos organizativos y financieros provinciales.

En clave de la RTE analizada, estos espacios remiten a la importancia creciente de las cooperaciones con distintos niveles de formalidad, como expresión de la manifestación del compromiso de sus actores con un proceso de innovación. La manera en la cual los actores se involucraron en las líneas de trabajo propuestas contribuyó a armonizar sus elementos heterogéneos, construyendo normalización de comportamientos.

Telesalud como política pública nacional

En esta fase, y en forma paralela al desarrollo de la red de OCD impulsada por el Hospital Garrahan, en el año 2014 se producen los primeros avances de una política nacional de promoción de tecnologías digitales para la prestación de servicios sanitarios a distancia. Ese mismo año, el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y el Ministerio de Salud de la Nación crean el Plan Nacional de Cibersalud. La confluencia de

ambos organismos para la creación del Programa debe ser entendida como una instancia formalizada de colaboración interinstitucional con el fin de generar un intercambio y coordinación de recursos: la vinculación de inversiones en equipamiento tecnológico (nuevos equipos de videoconferencias) e infraestructura (ampliar la red federal de conectividad) con el desarrollo de TIC para brindar prestaciones de salud a distancia.

En sus bases constitutivas, el nuevo Programa se propuso promover la interconsulta entre profesionales de distintos establecimientos del país e impulsar la actividad asistencial y educativa, por medio de la provisión de equipamiento tecnológico y desarrollo de aplicaciones tecnológicas que permitan realizar los intercambios entre los establecimientos que integran la red federal de salud, no solo pediátricos.

Como consecuencia directa de ello, en el año 2014 adhiere a la red de OCD Telesalud el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas³³. Su inclusión significó el inicio de consultas a distancia de la población adulta. El prestigio científico y social del Hospital Posadas facilitó la adherencia de los servicios y profesionales a cargo de la atención de adultos de los demás establecimientos de la red (los actores involucrados conocían el Hospital o habían tenido algún tipo de contacto en su etapa profesional, formativa o como pacientes). Además, al tratarse de un Hospital Escuela, rápidamente permitió ampliar la oferta de actividades de capacitación a distancia para todos los perfiles de la red (no solo pediátricos). “El objetivo de su incorporación consistió en poner a disposición la Alta Complejidad con la que cuenta el Hospital a todas instituciones y/o profesionales que conforman la red de telesalud del país, para la conformación de canales de comunicación formales e institucionales entre profesionales y/o equipos de salud del país para las solicitudes de interconsultas con especialistas y/o procedimientos o estudios diagnósticos” (Hospital Posadas, s/f). Seguidamente, se incorporaron otros establecimientos de alta complejidad de referencia nacional, como el Hospital de Clínicas José de San Martín y el Hospital de Alta Complejidad El Cruce, entre otros. Debido a su naturaleza, estos hospitales oficiaron de tercer nivel, es decir, para responder las consultas a distancia de mayor complejidad correspondiente a la población adulta, y para generar actividades de teleeducación para equipos de salud que atienden a este grupo poblacional. Por su lado, la

³³ Se trata de un establecimiento de alta complejidad de referencia nacional para la atención de pacientes agudos en todas las etapas de su vida y centro de investigación clínica y de formación profesional para diversas especialidades de salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, descentralizado e incluido en el régimen de Hospitales Públicos de autogestión, se encuentra ubicado en el área oeste del conurbano bonaerense, en la localidad de El Palomar, partido de Morón, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

OCD Garrahan continuó desempeñando el rol de Centro Coordinador del Programa Nacional de Telesalud Pediátrica.

En julio del mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolló la primera Jornada Nacional de Referentes de Telesalud, que reunió de forma presencial a referentes jurisdiccionales de Telesalud y de las instituciones que llevan adelante experiencias en este campo. La actividad contó con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la empresa Argentina de Soluciones Satelitales (ARSAT). El encuentro fue considerado un antecedente favorable para la futura elaboración del Plan Nacional de Telesalud (OPS, 2014).

A finales del año 2015, la estrategia impulsada por el Programa Nacional de Cibersalud debió modificarse por la disolución del Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios. Ante esta situación, el Ministerio de Salud de la Nación replanteó la estrategia y delimitó el alcance del Programa al ámbito del Ministerio de Salud. Como consecuencia de ello, en el año 2019 lanzó el Programa Nacional Telesalud,³⁴ conforme a tres ejes centrales: gobernanza y rectoría de telesalud en el ámbito del territorio nacional, gestión del plan nacional, y desarrollo de programas de telemedicina y teleeducación. Su diseño tuvo en cuenta las recomendaciones de los organismos internacionales de referencia sanitaria, los antecedentes del Programa de Cibersalud y la experiencia nacional previa de la OCD Garrahan. En el nivel hospitalario (micro), el nuevo programa reconocía a las OCD Telesalud como unidades operativas centrales de sus intervenciones: validó las herramientas tecnológicas utilizadas en las modalidades de intercambios de sus tres componentes (teleasistencia, teleeducación y telegestión) y ratificó el rol central de la OCD Garrahan en la implementación de la estrategia.

En sus alcances generales, los avances de telesalud como política pública federal determinaron la incorporación de dos elementos claves en la red de OCD, que desencadenaron nuevos cambios en su conformación inicial. En primer lugar, tuvo lugar la designación de referentes ministeriales de telesalud en cada una de las 23 provincias.³⁵ Ellos fueron los encargados de realizar Proyectos Escalables (PPE) de Telesalud en sus jurisdicciones. Esos proyectos aportaron un marco provincial (no ya netamente institucional y

³⁴ Resolución N° 21/ 2019. [Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación]. Por la cual se crea el Programa Nacional de Telesalud. 7 de enero de 2019. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/199759/20190109>.

³⁵ En algunas provincias como Chubut implicó, además la creación de programas provinciales de Telesalud bajo los mismos principios rectores del Programa Nacional.

hospitalario) y definieron indicadores de monitoreo y metas de cumplimiento progresivo de telesalud en las respectivas jurisdicciones (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019). Más allá del impacto real en las prácticas, esta acción facilitó la ubicación de los nuevos actores provinciales en la red de OCD ya conformada y delimitó su área de intervención.

En segundo lugar, se produjo una extensión de la red de telesalud hacia todos los grupos poblacionales. Esto último implicó formalizar la inclusión de establecimientos de salud que brindaban atención a la población adulta (tanto municipales, como provinciales y nacionales). Para tal fin se convocó a adherir a telesalud (en sus tres componentes teleasistencia, teleeducación y telegestión), en primer lugar, a los Hospitales Nacionales que aún no formaban parte, e inmediatamente después (a través de sus referentes provinciales), al resto de Hospitales de Adultos o Generales de las distintas provincias que aún no integraban la red (MSAL, 2018). En consecuencia, los nuevos establecimientos que adhirieron a la estrategia de telesalud (impulsados a partir del Programa Nacional de Telesalud), se incorporaron a la red de OCD ya en marcha, confluyendo como distintas subredes en una misma red. Todos compartían las mismas herramientas TIC, las condiciones de uso y desarrollaban sus tres componentes. De este modo, los nuevos avances en la construcción de telesalud como política pública ministerial funcionaron como elementos movilizados de recursos que pudieron ser canalizados por la red de OCD para ampliar sus alcances.

En el mismo año de la creación del Programa Nacional de Telesalud, se rediseñó la plataforma de consultas a distancia vigente. La decisión fue resultado de una mesa asesora interinstitucional creada para tal fin, en la cual participaron la Secretaría de Gobierno de Salud y Modernización y los referentes de la OCD del Garrahan y de los Hospitales Nacionales Posadas y El Cruce, además del Hospital de Clínicas (MSYDS, 2019). La nueva versión agregó nuevas funcionalidades, tales como la adhesión a la categorización nacional de establecimientos de salud por niveles de atención nucleados en el REFES³⁶; la validación de los usuarios (equipos de salud y pacientes) mediante una identificación unívoca de personas³⁷; como así también la adecuación del entorno web a los nuevos requisitos

³⁶ El Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES) incluye a todos los establecimientos sanitarios del país del sector público y privado, con y sin internación, que se encuentran funcionando en cada una de las jurisdicciones provinciales según la reglamentación vigente en ellas.

³⁷ Anexo de la Guía de Identificación Unívoca de Personas en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, agosto 2019.
<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/Gu%C3%ADa%20de%20Identificaci%C3%B3n%20un%C3%ADvoca%20de%20personas%20en%20salud.pdf>

establecidos para los sistemas informáticos de salud. En este sentido, esta herramienta fue diseñada en un lenguaje que permitía la interoperabilidad³⁸ con otros sistemas informáticos sanitarios y de acuerdo a los estándares internacionales de ciberseguridad, de derecho de confidencialidad y privacidad de los pacientes.

A partir de agosto de ese mismo año (2019) el nuevo soporte web se puso en marcha en los establecimientos de la red adheridos. La propia denominación de la plataforma “Telesalud y Comunicación a Distancia” contribuyó a generar un lenguaje común que acercaba a los referentes jurisdiccionales con los integrantes de las OCD en sus prácticas cotidianas y en el marco de la red. Véase Figura 4.

Figura 4: Plataforma nacional de consultas a distancia. 2019



Fuente: <https://teleconsulta.msal.gov.ar>

El software se convirtió en el nuevo intermediario para el intercambio de información de pacientes, brindando la posibilidad de realizar y recibir consultas a distancia entre los establecimientos y equipos de salud del país que integraban la red federal de Telesalud (DRISS, MSAL, 2021). Para las OCD, se constituyó en el nuevo intermedio para la puesta en acción del componente de teleasistencia entre profesionales y establecimientos en esta fase (y también la siguiente).

Por ese entonces, y a partir de una iniciativa de la OCD Garrahan, las Oficinas comenzaron a llamarse OCD Telesalud, en alusión a la definición ampliada que implicó el concepto (Telesalud), más representativo, a su vez, de los alcances de la estrategia nacional e

³⁸ La interoperatividad se entiende como la capacidad de comunicar, ejecutar programas o transferir datos entre varias unidades funcionales de manera que el usuario no tenga que conocer las características únicas de estas unidades (ISO, 2000).

internacional de ese momento. Al ser consultados, sus referentes refieren que la decisión de agregar Telesalud a la denominación Oficinas de Comunicación a Distancia y no reemplazarla, se debe a sostener la identidad asociada alrededor de su nombre que identifica a las Oficinas desde sus inicios.

Desafíos de los usos ampliados de Telesalud en los establecimientos de la red

En este periodo es donde comenzaron a introducirse cambios más profundos en los modelos organizativos impulsados por las OCD Telesalud, a partir de la posibilidad de establecer conexiones en sus múltiples direcciones (hospitales) que generaron una modificación sustantiva en los alcances prestacionales a nivel de cada establecimiento y en la red. Esto significó la transformación de la red exclusivamente pediátrica en una red que abarcaba el total de los grupos poblacionales y problemas de salud, así como el inicio de actividades de teleeducación para todos los perfiles de los equipos de salud.

Esta ampliación de la vinculación inter e intrainstitucional fue posible a través de la asociación de elementos anteriores y nuevos, dando lugar a un proceso de reconfiguración de la red original. En términos materiales, se manifestó en un despliegue de actividades y con ello nuevas reglas de comportamiento de sus actores.

Como puntos salientes de los cambios producidos, se destacan las nuevas tareas y habilidades tecnológicas que debían realizar los integrantes de las OCD Telesalud para asegurar la administración de los equipos de videoconferencias que permitían las actividades sincrónicas. En primer término, esta situación ocasionó sumar un perfil técnico informático a los equipos de las OCD Telesalud, modificando la estructura de recursos humanos de las OCD.

En los casos analizados, este perfil fue cubierto por varias vías. En algunas OCD el rol de soporte técnico lo desempeñó un técnico con conocimientos de TIC aplicadas que se incorporó al plantel de las Oficinas; mientras que en otras fue cubierto por informáticos de la institución o en forma remota por los técnicos de la OCD Telesalud Garrahan. Estos últimos fueron, además, quienes en primera instancia coordinaron la instalación de los equipos de videoconferencias transferidos a las provincias y luego oficiaron como soporte técnico a la transmisión de las actividades virtuales sincrónicas. El rol llevado a cabo desde la OCD Telesalud Garrahan permitió suplir la falta de técnicos con capacidad de administrar esta

nueva tecnología en los establecimientos de la red, como así también contribuyó a profundizar el sentido colaborativo de la misma en sus múltiples sentidos de usos (no sólo asistenciales). Según sus miembros, este proceso fue clave para consolidar el trabajo en equipo de la red de OCD Telesalud.

En segundo lugar, la posibilidad artefactual de habilitar la comunicación multidireccional y en simultáneo, determinó en las OCD incluir elementos no contemplados en las lógicas de funcionamiento preexistentes tales como: coordinación de agendas de profesionales, participación en actividades no asistenciales, aulas para la transmisión, entre otros. Esta situación ocasionó un nuevo proceso de negociación entre los diferentes actores. Las consultas a distancia en tiempo real puestas en acción en esta etapa, es decir, los intercambios entre profesionales de dos o más instituciones sobre un mismo caso clínico (denominados consultorios virtuales), desencadenaron limitaciones de distinta índole. Por un lado tecnológicas, al no disponer de una conexión a internet adecuada en cada uno de los establecimientos conectados para sostener las comunicaciones sincrónicas; y, por el otro, operativas, ante la dificultad de coordinar las agendas de los profesionales de distintos hospitales para hacerlos coincidir (al mismo tiempo) en el consultorio virtual. Las situaciones descritas ocasionaron que, a pesar de disponer de esta nueva tecnología de intercambios sincrónicos, la consulta asincrónica o diferida (vigente desde sus inicios), siguió siendo la modalidad asistencial más utilizada; limitando los consultorios virtuales para casos puntuales.

En cambio, sí se pudo incorporar, con niveles elevados de interesamiento y convergencia, el uso de los componentes teleeducación y telegestión. Con la misma lógica del componente asistencial, que brinda prestaciones de salud a distancia independientemente del lugar de residencia o establecimiento de origen del paciente, los componentes de telegestión y teleeducación se dirigían a todos los perfiles de los equipos de salud: profesionales médicos y no médicos, administrativos, técnicos, etc., y hacia todos los establecimientos de la red.

A partir del año 2012, y de forma ininterrumpida, esta nueva modalidad de intercambio puso en agenda de la red temas y destinatarios no presentes en los espacios tradicionales de formación y actualización dentro de los Hospitales, tradicionalmente a cargo de áreas o Comités de Docencia e Investigación, con fuerte impronta de formación en las especialidades básica de salud. Las actividades de teleeducación incorporadas permitieron compartir espacios de docencia presenciales e intrahospitalarios a la red de OCD, e ir

incorporando otras actividades promovidas por servicios que visualizaban la potencialidad de expandir conocimientos a otros profesionales e instituciones de la red. Con otro sentido de uso, las actividades de telegestión contribuyeron a poner en circulación nuevos formatos y conocimientos entre las instituciones, no comprendidos por las dinámicas de capacitación presenciales previas. Por ejemplo: dar a conocer a un hospital de la red un proceso mejorado o innovador (protocolo de abordaje, dispositivos de gestión, mecanismos de detección de determinadas patologías, etc.) que funciona en otro y obtener, mediante intercambios a distancia, asesoramiento técnico y operativo para su implementación local.

En términos de Callon, en esos momentos la red se materializó en esos espacios, dando cuenta de sus vínculos sociales existentes y duraderos. Estamos así ante un nuevo desplazamiento dentro de la red: las OCD lograron extender el significado de sus acciones más allá de los alcances específicos de su componente asistencial, para recalar en otros usos y alcances dirigidos a todo el personal de salud de su institución, incluso a quienes no pertenecen al campo asistencial de la salud y/o de las instituciones que son parte (en su forma generalizada estos encuentros estaban abiertos a personales de la salud de cualquier establecimiento). De este modo, las Oficinas, a través de la puesta en acción de estos espacios de intercambios, lograron expandir las fronteras de las OCD Telesalud por fuera de sus equipos y de las instituciones que son parte.

Durante los primeros años de uso, la oferta de temas estuvo a cargo de las OCD de los Hospitales Garrahan, Posadas y El Cruce (de referencia nacional). Progresivamente, los Hospitales de interior comenzaron a poner a disposición de la red espacios propios de teleeducación. La confluencia de ambas agendas generó el interesamiento de nuevos equipos de salud: mientras los primeros (Hospitales Nacionales) tocaban temas más ligados a las últimas novedades de áreas de mayor especialización (por ej. ateneos clínicos de terapia infantil, los segundos (Hospitales de II nivel de atención) brindaban intercambios sobre temas frecuentes en su nivel de complejidad y con abordajes generales (tales como: manejo del paciente crónico en el primer nivel de atención). Aun sin proponérselo, la agenda de temas resultó complementaria y ampliada en las temáticas y en los perfiles de salud de a quienes estaban dirigidas.

Según sus miembros, el sentido de funcionamiento otorgado por sus actores encontró sus fortalezas en varios aspectos: que no hacía falta ser un Hospital Escuela³⁹ para generar y/o

³⁹ Un Hospital Escuela es un centro hospitalario dedicado a la asistencia, educación, docencia e investigación.

participar de una actividad de teleeducación; que las mismas fueran gratuitas y abiertas a todos los perfiles de salud, independientemente de la formación de base que tengan y del establecimiento donde desarrollen sus funciones; y que comprendieran diversas temáticas (no solo médicas, ni asistenciales). En palabras de los referentes consultados:

“Cuando queremos iniciar un nuevo proyecto y no contamos con equipos o personas interesadas en la propia institución, buscamos en la red, si los encontramos, listo, lo comenzamos. La institución no nos limita, el límite lo define la red”. (6EP)

Como forma de asegurar la circulación de la información de las agendas de teleeducación en la red de establecimientos, la OCD Garrahan generó y coordinó un nuevo canal de comunicación e intercambio: listas de distribución por correo electrónico y, a partir del año 2015, aplicaciones de mensajería instantánea para smartphones; constituyéndose en las nuevas herramientas TIC que permitían mantener a los actores de la red OCD Telesalud interconectados en pro de la implementación de este nuevo componente.

En contraposición al modelo jerárquico, el funcionamiento alcanzado por las OCD Telesalud se produjo bajo una lógica de redes coordinadas y colaborativas, transformando las formas de vinculación tradicionales hacia modelos más horizontales con eje en el uso de las tecnologías, circulación del conocimiento y entrecruzamiento de recursos. Aquí resultó interesante observar cómo los procesos de negociación y alineación ya no sucedían exclusivamente entre actores de la misma institución, sino con otros de la red, sobre todo con aquellos con quienes se asociaba mayor vinculación. Esta vinculación se produjo por múltiples propósitos compartidos entre sus actores: en algunos casos por necesidad de continuidad del proceso de atención, en otros por proyectos comunes o por problemas a resolver. Las OCD albergaron estos intereses y construyeron a partir de ellos. La transversalidad, combinación de recursos y multisaberes constitutivos de la red, propiciaron procesos de convergencia de sus actores.

En esta fase, las OCD lograron posicionarse en su rol de coordinar las interacciones entre los equipos de salud para operativizar las nuevas modalidades de prestaciones de salud a distancia en sus establecimientos. Los referentes entrevistados mencionaron que las estructuras organizativas de las OCD contaban con un equipo multidisciplinario, conformado por tres perfiles: médicos (con orientación de adultos y pediátricos), administrativo y técnico-

informático (nuevo), que desempeñaban tareas específicas y diferenciados de los demás miembros de la institución.

Por ese entonces, y como indicador de su escalamiento a nivel institucional y en la red, comenzaron a distinguirse al interior de las instituciones dos grupos diferenciados de actores asociados a la estrategia. Por un lado, el equipo de las OCD Telesalud como coordinadores y gestores de la implementación de los distintos componentes de telesalud dentro del establecimiento y en la red. Y, un segundo grupo, conformado por integrantes de la institución que generaban o responden consultas a distancia y/o participaban de actividades sincrónicas de teleeducación y telegestión. Estos últimos tomaban el rol de adherentes de la estrategia: no son parte del equipo de la OCD, pero hacen uso de telesalud.

La construcción de utilidad social de los nuevos desarrollos de las OCD

La inclusión de los las nuevas TIC (equipos de videoconferencias y la plataformas de consultas a distancia) contribuyó a la transformación del marco tecnológico de las Oficinas intra e inter institucional, modificando las maneras de vinculación anteriores: pasó de una comunicación punto a punto, desde y hacia el Hospital Garrahan, a un intercambio multidireccional, entre todos los establecimientos que integran la red; dando lugar a nuevas modalidades en su componente asistencial y el desarrollo de dos nuevos: telegestión y teleeducación.

El despliegue de estos tres componentes en los establecimientos significó una complejización de la red en cuanto a sus temas de incumbencia, donde se pasa de las consultas médicas (y las pruebas de laboratorio) a la incorporación de otros elementos ligados a la gestión (de la red y de las instituciones), que dieron lugar, a su vez, a una nueva burocracia administrativa y nuevos sentidos de interesamiento de sus actores. Los elementos incorporados en esta fase incluyeron: políticas (institucionales y nacionales), prestaciones a distancia (solo asistenciales a incluir otras con fines educativas y de gestión), herramientas tecnológicas (del fax a las plataformas web y de videoconferencias), tipo de servicios o prácticas (de pediatría a todas las especialidades y grupos etarios), dinámicas de atención (de la derivación de acuerdo a un circuito local a una interconsulta entre diferentes instituciones de distintas jurisdicciones), nuevos de actores (del “binomio médico-administrativo” a los

diferentes perfiles profesionales), y espaciales (de una oficina a otro lugar adaptado a las funciones ampliadas).

Los equipos de las OCD, con la decisión de incorporar los cambios propuestos, se convirtieron en los principales articuladores de sus elementos. No sólo en tanto responsables de promover sus usos, sino también como encargados de gestionar recursos heterogéneos a nivel intra institucional, en el marco de una red dinámica donde confluyen aspectos macro y micro (lineamientos y herramientas federales, y su adaptación a los usos locales).

Para cada uno de los nuevos elementos incorporados, cada OCD Telesalud trazó una estrategia particular, acorde, a su vez, a los alcances de esta etapa y adaptaciones locales. Como primera medida, sus integrantes señalaron el desarrollo de acciones tendientes a lograr interesamiento por un grupo más amplio de actores institucionales. Al respecto una de las referentes menciona:

“A algunos servicios se les facilitó recursos tecnológicos y/o conectividad, a otros se les mostró los beneficios de teleeducación y de la vinculación con especialistas de otros establecimientos para discusiones de casos clínicos complejos (para determinados equipos además significaba la posibilidad de conectar con los Hospitales Escuelas donde habían finalizado su formación académica o especialización). A nivel directivos, y a partir de la posibilidad de abarcar todos los grupos poblacionales, se hacía hincapié en su potencialidad para aumentar la calidad prestacional de la institución a través de la realización de consultas a distancia a centros nacionales especializados y disminuir costos, sociales y económicos al evitar traslados innecesarios.” (7EZ)

Para agregar:

“En primera instancia se trabajó con quienes adhirieron a la estrategia y, con quienes no, se les mostraba los beneficios comprobados o simplemente se esperaba la oportunidad que la necesiten. Llevó un tiempo de entendimiento y maduración individual e institucional.” (7EZ)

Lo anterior se entrelazó con el interés de los Ministerios de Salud de fortalecer los ejes de telesalud como política sanitaria federal y alinear a los diversos actores que pudieran contribuir al no funcionamiento de esta política pública. Sin embargo, la incorporación del

Programa Nacional de Telesalud en la red de OCD Telesalud estuvo más asociado a su capacidad de relacionamiento y alineación con los actores de la red de OCD preexistentes que al cumplimiento de su función de base: rectoría y gobernanza de la estrategia de Telesalud en las jurisdicciones. En tal sentido, se puede señalar que el principal desafío presentado a los referentes jurisdiccionales de telesalud fue la capacidad de establecer una modalidad de vinculación estable y sin conflictos en la red colaborativa de unidades asistenciales (OCD) de cada establecimiento, que por definición no es jerárquica y tiene sentidos propios de utilidad.

A finales de esta fase, se lograron nuevamente niveles de convergencia para su uso ampliado. La incorporación de las OCD en los establecimientos de salud significó para algunos establecimientos expandir sus servicios, mientras que para otros desarrollar nuevos. No contar con determinado especialista o formación específica a nivel institucional, se encontraba “compensada” por la posibilidad de interactuar a distancia con otro establecimiento que sí disponía de ese recurso. Por ejemplo, una consulta a distancia realizada por un profesional médico de un Hospital Rural puede tener la respuesta de un especialista de otra institución en el mismo día y sin movilizar el paciente, solo compartiendo información de su cuadro clínico. Ello posibilitó aumentar las capacidades de respuestas locales, que modificaron procedimientos y alcances prestacionales de la institución (en tanto cobertura de salud, accesibilidad, calidad y costos). En los términos analizados, las OCD ya no hacen uso exclusivamente de los recursos presenciales con que cuenta su establecimiento, sino que incorporan nuevos y comparten los que otra institución de la red dispone, determinando una nueva lógica de funcionamiento (Mansilla, 2011).

La complejidad de elementos en juego y de formas de vinculación que conllevan, derivaron en la gestión de las OCD como un asunto problemático, haciendo difícil distinguir lo micro de lo macro, el espacio y tiempo, los recursos propios de los que no lo son. Por tal razón, las OCD Telesalud destinaron sus esfuerzos a lograr consensos entre sus diferentes actores y la generación de alianzas para sostener los nuevos alcances, como así también para coordinar sus diferentes componentes: telegestión, teleeducación, teleasistencia y subredes, de adultos y pediátricas, dentro de una red interconectada con estructuras de trabajo adaptadas.

Capítulo IV: Impulso durante la pandemia por SARS-Cov-2 y desafíos post pandemia. 2020-2022

En este capítulo abordamos las transformaciones en la red de OCD que tuvieron lugar a partir de 2020, con motivo de las restricciones que impuso la pandemia causada por el virus SARS-Cov-2⁴⁰, hasta el año 2022, momento que coincide con los 25 años de la primera OCD del país. Para tal propósito analizamos el proceso por el cual las OCD adquirieron un punto máximo de intercambios de salud a distancia, que implicó nuevamente una redefinición de sus alcances y esquemas de funcionamiento, durante y de forma posterior a la pandemia.

El análisis se estructura en dos partes. En la primera se aborda el contexto originado por la necesidad de contactos seguros y las restricciones de circulación a nivel país establecidas a partir de la declaración de pandemia mediante el Decreto Nacional 297/2020⁴¹, determinando un proceso de aceleración de incorporación de tecnologías en el área de Salud (MSAL, 2021). Esta situación derivó en una mayor exigencia a las prestaciones de salud brindadas por las OCD, ocasionando nuevas dinámicas de uso. En la segunda parte del capítulo se analiza el proceso de reconfiguración post pandemia y la forma en la cual las OCD lograron nuevamente la alineación y coordinación de sus elementos constitutivos. En ambas etapas se hizo hincapié en las interrelaciones entre los niveles micro y macrosociales, así como a las múltiples instancias de negociación que tuvieron lugar.

Telesalud en el periodo de pandemia: contexto emergente y resignificación de uso

El aislamiento social decretado en el marco de la emergencia sociosanitaria originada por el virus de Covid-19 impuso considerar nuevas formas de vinculación entre equipos de salud, pacientes y comunidad para sostener y/o restablecer procesos e intervenciones asistenciales esenciales, tales como: suministrar medicamentos sin receta papel, realizar el seguimiento de pacientes que integran grupos de riesgo o con patologías crónicas, implementar líneas de notificación de casos confirmados y sospechosos de Covid-19, entre muchas otras. En otros términos, la imposibilidad de tener contacto presencial dio lugar a una resignificación y/o

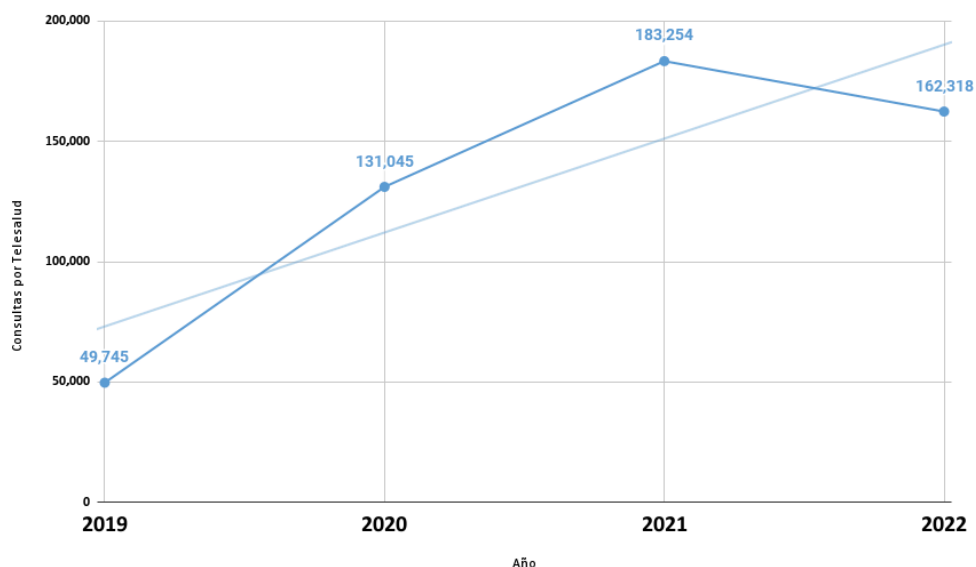
⁴⁰ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo del 2020 declaró la pandemia por Covid 19.y en Argentina la emergencia sanitaria mediante el Decreto Nacional de Necesidad y Urgencia 260/2020.

⁴¹ El Decreto 297/2020 establece el aislamiento social, preventivo y obligatorio para hacer frente a la situación epidemiológica y atenuar el impacto sanitario del COVID-19. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

ampliación de los canales tecnológicos en las instituciones de salud, tanto sincrónicos como asincrónicos. De este modo, la virtualidad se convirtió en una política pública priorizada en tanto cumplía una función sanitaria y social, siendo percibida como tal por un conjunto más amplio de la sociedad. En ese contexto, el Ministerio de Salud de la Nación promovió la Telesalud como una modalidad jerarquizada de acceso a los servicios de salud, por su potencialidad de realizar prestaciones de salud a distancia en un sistema sanitario limitado de brindar atenciones presenciales.

Las prestaciones de salud a distancia con fines asistenciales desarrolladas por Telesalud pasaron de ser una alternativa de uso para casos puntuales a ser la única forma de atención posible. Esto derivó en un interesamiento en la estrategia, materializado en el aumento de su uso. En términos comparativos en el periodo 2019 - 2022 se registró un incremento del orden del 368 % de las consultas a distancia (Gráfico 2).

Gráfico 2: Argentina. Evolución de consultas por Telesalud. Periodo: 2019-2022



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por el Programa Nacional de Telesalud, MSAL.

El incremento de las consultas a distancia constituye un indicador resumen válido para medir el grado de apropiación por parte de los actores intervinientes, ya que la concreción de una consulta a distancia implica la movilización de un conjunto de recursos

coordinados y alineados para tal fin. Una encuesta realizada a nivel país por el Ministerio de Salud de la Nación durante los meses de agosto y noviembre de 2020⁴² expresó que:

“La telesalud permitió sostener los cuidados esenciales de la salud y dar respuesta a la demanda espontánea y programada. También resultó indispensable para guiar a las personas con síntomas de sospecha del virus, y hacer la vigilancia epidemiológica de los casos positivos por COVID-19” (MSAL, s/f, p. 10).

Impulso de Telesalud como política pública nacional

En este marco, el Programa Nacional de Telesalud impulsó una serie de acciones regulatorias, financieras y de articulación interministerial para el fortalecimiento de telesalud como política pública. Por un lado, se incorporaron las prestaciones de Telesalud al Plan de Servicios del Programa Sumar del Ministerio de Salud de la Nación⁴³ determinando, por primera vez, la posibilidad de recuperar fondos por las prestaciones de telesalud realizadas bajo cualquiera de sus tres componentes. Por el otro, se incluyó la telesalud al Programa Federal de promoción de la transformación digital de salud denominado Impulsa.⁴⁴ El mismo permitió distribuir, en las OCD Telesalud de referencia zonales y provinciales, equipamiento tecnológico⁴⁵ para adaptar las PC de escritorio como consultorios virtuales. Ambas acciones se convirtieron en recursos de apoyo para la puesta en valor de la estrategia y contribuir a su estabilidad financiera a largo plazo. Por ese entonces, el Programa Nacional de Telesalud ya contaba con referentes en las 24 jurisdicciones (Tellez, 2020, párr. 13),

⁴² Primera Encuesta Nacional de Telesalud aplicada entre los meses de agosto y noviembre de 2020 a usuarios/as pacientes que hayan accedido al servicio de teleconsulta en el 2020 y usuarios/as de los equipos de salud que hayan brindado servicio de teleasistencia en el 2020. La misma fue organizada por la coordinación del Programa Nacional de Telesalud de forma conjunta con el Dirección de Monitoreo y Evaluación de la Cobertura de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Documento completo disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/primera_encuesta_nacional_de_telesalud.pdf

⁴³ El Programa Sumar es una política pública dependiente del MSAL Nación que promueve el acceso a los servicios de salud para la población que no posee cobertura formal en salud, a partir de un conjunto de servicios cubiertos mediante la asignación de recursos (pago por prestaciones) a hospitales y centros de salud. <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

⁴⁴ Esta estrategia promueve la transformación digital del sistema sanitario, a través de profundizar el uso de nuevas tecnologías de la información y la comunicación en todo el territorio nacional (MSAL Nación, acto de lanzamiento, 05 de noviembre de 2020).

⁴⁵ Según los integrantes entrevistados, consistió en la entrega de cámaras web con micrófonos y licencias de videoconferencias a cada establecimiento.

En términos regulatorios, en agosto de 2020 el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionaron la Ley 27.553⁴⁶ de Recetas electrónicas o digitales. La misma habilitó la modalidad de teleasistencia para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración con las mismas, y reconoció la utilización de plataformas de teleasistencia en salud en todo el territorio nacional.⁴⁷ El nuevo marco legal fue considerado como un avance en cuanto a valor legal de las prestaciones asistenciales de telesalud, así como el reconocimiento del ejercicio profesional de la misma.

Incorporación de nuevos artefactos de la estrategia Telesalud

Al poco tiempo de declarada la pandemia, en abril de 2020, el Programa Nacional de Telesalud junto con la OCD Telesalud del Hospital Garrahan coordinaron sus esfuerzos y recursos⁴⁸ en pro de diseñar y consensuar adaptaciones de la estrategia. Para su análisis, se tomaron dos puntos salientes con impacto directo en las lógicas de funcionamiento de la red de OCD Telesalud de establecimientos públicos país: a) la habilitación de las consultas a distancia directas profesional - paciente sincrónicas; y b) la incorporación de aplicaciones web de videollamadas. Esta distinción resulta útil para analizar las distintas estrategias que llevaron adelante las OCD Telesalud para adaptar el uso de telesalud en contexto de pandemia.

a) *Habilitación de nueva modalidad de consultas a distancia: profesional - paciente.*

Se puso en marcha una nueva modalidad asistencial (que se sumó a las anteriores del componente asistencial), que consistía en encuentros virtuales sincrónicos (por videollamadas) entre profesionales y pacientes para brindar prestaciones de salud desde cualquier localización y computadora o dispositivo smartphone con acceso a internet. Sus alcances implicaron prescindir del uso del espacio físico del Hospital (no requería que los pacientes se trasladen desde sus domicilios hasta el establecimiento para recibir atención). Al mismo tiempo, no se ponderaba la distancia real (física) entre las partes intervinientes

⁴⁶ Texto completo en : <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/340000-344999/340919/norma.htm>

⁴⁷ De acuerdo con la Ley N° 26.529 de “Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”, en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y con la Ley N° 25.326 de Protección de los Datos Personales.

⁴⁸ Incluso compartían recursos humanos entre ambas instituciones.

(pacientes, integrantes de OCD y profesionales de la salud) en su uso. En general, las consultas se realizaban entre profesionales y pacientes de la misma localidad. En relación a ello los referentes entrevistados mencionaron:

“Como coordinador de OCD, considero que el primer año de pandemia marcó un enorme y novedoso hito en términos de salud pública en Argentina, al incorporar las teleconsultas domiciliarias con el propósito inicial de disminuir la circulación y la concentración de personas en los servicios hospitalarios y ofrecer, a su vez, continuidad de atención. Ello determinó que equipos de salud se comuniquen de forma directa y virtual con los pacientes y sus familias mediante sistemas de videollamadas.” (5EN)

Para agregar:

“No se trató de un reemplazo a la atención presencial sino un complemento de la misma, dado que en los casos en que fuera necesario se arbitraron los medios para que el paciente reciba la atención presencial en el establecimiento que corresponda, integrándose la modalidad a la red asistencial local y federal en funcionamiento.” (4EN)

En el mismo sentido, otro entrevistado afirmó que:

“La posibilidad de teleconsulta implicó “entrar a la casa de los pacientes”, permitiendo conocer las condiciones de vida de ellos y sus familias. Esto fue un avance muy significativo que, en el camino de evolución de las OCD, aún no se había contemplado.” (2EN)

En paralelo a su lanzamiento, los equipos nacionales de Telesalud (referentes del Ministerio de Salud de la Nación y de la OCD Telesalud Garrahan), trabajaron en la adaptación de la “Plataforma nacional de telesalud y consultas a distancia”, con el fin de registrar el resultado de la nueva modalidad de interacción profesional - paciente. La modificación de la herramienta permitió cumplir los requisitos legales en cuanto a registro clínico.

b) *La incorporación de aplicaciones web de videollamadas*

En virtud de que se requerían nuevos canales tecnológicos para efectivizar la comunicación sincrónica entre profesionales y pacientes (y también entre equipos de salud), se incorporaron aplicaciones web de videoconferencias: descentralizadas, ciberseguras y gratuitas para los pacientes (DRISS, MSAL, 2021). Así, las aplicaciones de videoconferencias puestas en circulación en esta fase permitieron el intercambio de información en tiempo real entre participantes que se encontraban localizados en lugares diferentes y desde cualquier computadora o dispositivo smartphone con acceso a internet.

De este modo, el sistema de encuentros sincrónicos virtuales propuestos en este contexto (pandemia) simuló el funcionamiento de los consultorios presenciales y las aulas de videoconferencias con fines formativos. Esta situación ocasionó prescindir de los equipos de videoconferencia de alta definición puestos en funcionamiento en la etapa anterior, anclados en un espacio físico. Si bien ambas herramientas tecnológicas permitían las comunicaciones sincrónicas entre dos o más puntos localizados en distintos lugares, las nuevas aplicaciones de videoconferencias ofrecían, además, la posibilidad de que los mismos se realicen por fuera de los establecimientos y desde cualquier dispositivo con acceso a internet. Es decir, sin requerir que los actores intervinientes se desplacen al lugar físico (instituciones de salud) donde se localizaban los equipos o licencias de videoconferencias de transmisión cerrada.

La construcción de utilidad social de los nuevos alcances en contexto de pandemia

El dinamismo con el que introdujeron estos cambios, las nuevas potencialidades tecnológicas y el contexto de emergencia sociosanitaria, desencadenaron en las OCD Telesalud un rápido proceso de adaptación a las nuevas modalidades. Esta situación determinó modificaciones al interior de las Oficinas como así también en las formas de vinculación con los demás servicios hospitalarios. Las OCD pasaron de gestionar el uso local de sus componentes de forma centralizada (todos se operativizan desde el espacio Hospital) a coordinar las nuevas funciones, herramientas TIC y servicios por fuera de la Oficina (e institución). Cabe preguntarnos entonces: ¿Qué cambios implicó la pandemia en el proceso de implementación

ya en marcha?, y ¿Cuáles fueron las principales tareas de readaptación que las OCD Telesalud tuvieron que realizar?

Los cambios más relevantes de la estrategia surgieron de la modificación de las modalidades de atención y de las nuevas posibilidades de interacción entre pacientes y equipos de salud (OCD y servicios hospitalarios). Por ejemplo, hasta la fase anterior, los pacientes (y sus familias) sólo daban su consentimiento para la consulta a distancia pero no tenían un rol directo en ella, dado que el proceso de consultas a distancia se realizaba en diferido al de la atención presencial recibida, y consistía en una práctica entre equipos (proveedores) de salud. En cambio, en las teleconsultas realizadas a partir de la pandemia, los actores en juego debían aportar otras condiciones de uso (instalar aplicaciones, instruirse sobre su manejo, disponer de la tecnología y acceso a internet, entre otras), transformando los roles y formas de vinculación tradicionales de las consultas profesional-paciente. A su vez, la posibilidad de que el paciente reciba atención de salud desde su domicilio (en algunos casos el profesional también la realizaba desde el suyo), modificó los entornos de las consultas tradicionales, que consistían en un único espacio común y compartido (consultorios del centro asistencial).

El aumento del flujo y la direccionalidad de los intercambios de información de salud de los pacientes permitió reunir en tiempo casi real funciones antes no conectadas, amplificando las dimensiones del proceso de atención. De forma específica, permitió vincular a distancia especialistas de la institución para la evaluación de un mismo caso clínico, prescribir medicamentos de forma remota, distinguir los aspectos de la consulta que se pueden resolver de manera virtual de los que no, entre otros.

Por su capacidad de expandir las actividades asistenciales por fuera de las instituciones, las aplicaciones web de videoconferencias introducidas se constituyeron en los artefactos claves de esta fase. Las oportunidades de vinculación que ofrecían, además, contribuyeron al interesamiento por un grupo más amplio de profesionales asistenciales. En relación a este último punto, sus integrantes dieron cuenta del inicio del uso asistencial de telesalud por otras especialidades no médicas, tales como: profesionales de salud mental, de enfermería, de odontología y de distintas disciplinas destinadas al seguimiento de pacientes sospechosos o con diagnóstico de COVID 19.

Los encuentros por videoconferencias (a través de las nuevas aplicaciones descentralizadas) también fueron utilizados con fines de teleeducación y telegestión para sostener las actividades académicas y de administración de la institución. Incluso resultaron incrementadas al sumar espacios que antes de la pandemia sólo se realizaban de forma presencial, tales como las reuniones de equipos, pases de sala, clases formativas para residentes. Esto fue plasmado en las siguientes reflexiones:

“En el año 2020 se utilizó la virtualidad como estrategia para sostener gran parte de sus actividades asistenciales y también las requeridas por ser un Hospital Escuela: espacios formativos, charlas a la comunidad, cursos superiores, encuentros virtuales por patologías a grupos de pacientes con el fin de contener y asesorar; reuniones de gestión internas con personal que estuviera haciendo trabajo remoto, entre otras. Siendo, gran parte de ellas, canalizadas a través de la OCD Telesalud.” (5EN)

En cuanto a la formas que adquirieron los intercambios sincrónicos en esta fase, sus miembros destacaron el inicio de un proceso de mayor individualización de las conexiones y, por ende, de los intercambios que tuvieron lugar a través de ellos. Al posibilitar que cada actor se conectase desde su propio dispositivo, desvinculado “físicamente” del espacio común hospitalario, dejaron de utilizarse las salas o aulas de videoconferencias disponibles en cada institución. Esto cambió sustancialmente la modalidad anterior de participación en las actividades sincrónicas, expandiendo los puntos conectados de la institución hacia las personas (equipos de salud, pacientes y comunidad) como espacios individualizados.

Paralelamente, se registraron las primeras experiencias de uso de telesalud para la producción de conocimiento en salud. Estos intercambios se inscriben en un nuevo componente denominado “teleinvestigación”. Como punto saliente del mismo, destacamos la producción científica iniciada en el año 2021 por un grupo de integrantes de la red de OCD Telesalud del país denominado “espacio de comunicadores”.⁴⁹ El espacio surgió del compromiso de vinculación de sus participantes con el propósito de realizar una producción colaborativa de conocimiento, no siguiendo directrices predeterminadas de dinámicas y metodologías de trabajo o temáticas a abordar. Por el contrario, funcionó como un equipo

⁴⁹ La primera producción científica de este espacio fue presentada en ocasión del 2º Congreso de Redes y Comunicación a Distancia “Telesalud para la equidad”, llevado a cabo el 10 y 11 de noviembre de 2021, Salud de Santiago del Estero, Argentina. <https://www.youtube.com/watch?v=rT1gq6bTPZU>

auto organizado, multisaberes e interinstitucional con pertenencia a la red de OCD Telesalud (Rampi et al. 2023).

La función de base de las OCD Telesalud en esta etapa continuó siendo la misma: coordinar y gestionar el uso de sus distintos componentes en el marco de la institución y en la red. Sin embargo, sus integrantes refieren que hubo una complejización de su función, vinculada por un lado a la administración de múltiples TIC asociadas a las prestaciones de salud a distancia (sincrónicas y asincrónicas), y por otro a que las relaciones ya no se daban solo entre equipos de la institución y de la red, sino también con pacientes y comunidad. Como resultado de ello, los equipos de las OCD Telesalud debieron modificar sus tareas tradicionales y disponer de nuevos recursos y habilidades para que las prestaciones tengan lugar.

Desde un primer momento, los equipos de las OCD Telesalud fueron los encargados de brindar soporte técnico y operativo, administrar las nuevas licencias de videoconferencias y capacitar a todos los servicios hospitalarios en el nuevo uso asistencial (teleconsultas profesionales - pacientes) y en las demás herramientas tecnológicas puestas en circulación. No obstante, sus miembros mencionaron otro conjunto de tareas asociadas que debían realizar, tanto en forma previa como durante y post teleconsultas (OPS, 2022).

De forma esquemática, antes de una teleconsulta el equipo de la OCD (o del propio servicio a brindar la prestación) debía establecer contacto (por un sistema de mensajería, teléfono tradicional o correo electrónico) con el paciente o un familiar y solicitar el consentimiento de aceptación de uso para la misma. Una vez que se cumplía este requisito, enviaban los datos de ingreso “virtual” al consultorio, explicaban los alcances de la teleconsulta y los requerimientos mínimos para acceder al servicio, lo que incluía la verificación de conectividad, los requisitos del tipo de dispositivo a utilizar, el manejo de la aplicación de videollamada⁵⁰, y asegurar privacidad de los encuentros virtuales y la confidencialidad de la información (que circula durante el mismo)⁵¹. Estas condiciones, a su vez, debían cumplirse en ambos puntos a conectar, es decir en los pacientes y en los

⁵⁰ Los entrevistados refieren que en la mayoría de las ocasiones estas acciones iban acompañadas de la explicación por parte del equipo de la OCD y/o de otros integrantes de la institución, de cómo instalar la aplicación de videollamada en el dispositivo a realizar la conexión, de cómo unirse a la sesión, de cómo usar el micrófono y la cámara.

⁵¹ En cuanto a la tecnología mínima necesaria para poder realizar una teleconsulta, la hoja informática de la OPS (2020) “Teleconsulta durante una Pandemia”, establece disponer de una conexión a Internet estable y mínima de 1 MB, una computadora adecuada con capacidades de audio y video o un dispositivo smartphone.

profesionales que prestaban la atención. De este modo, no sólo se incorporaron nuevos elementos en la consulta a distancia, sino que muchos de ellos no pertenecían a las competencias tradicionales de los establecimientos sanitarios (conectividad, uso de espacios no hospitalarios, tecnología, entre otros).

Según sus integrantes, y como consecuencia de lo anterior, las principales actividades de readaptación consistieron en la reorganización de la modalidad de atención para brindar prestaciones de salud mixtas: presencial y virtual a través de múltiples canales digitales. En este sentido se habilitaron consultorios virtuales (profesionales - pacientes) como paso obligado para acceder a la atención presencial programada. Según sus miembros:

“La pandemia, aunque de manera incipiente, estableció la idea de “un doble comando presencial y virtual en lo que refiere a prestaciones de salud en los establecimientos asistenciales.” (4EN)

Los nuevos alcances y tareas de readaptación desencadenaron nuevas instancias de interesamiento y negociación respecto a su uso entre las autoridades ministeriales y hospitalarias, los equipos de las OCD, los distintos servicios del establecimiento y, de forma gradual, los pacientes. Aquí nuevamente, los actores en juego, con distintas motivaciones, coincidieron en el interés en el uso de las herramientas de vinculación a distancia. Mientras que para las autoridades sanitarias y los profesionales asistenciales implicaba ofrecer servicios de salud (ante la restricción temporal de la atención presencial), para la OCD significaba sostener y crecer como unidad operativa, y para los pacientes la posibilidad de recibir atención sanitaria. De este modo, los distintos intereses convergieron por la posibilidad que brindaba la Telesalud de brindar prestaciones seguras ante la contingencia originada por la pandemia.

Es así como las consultas a distancia sincrónicas profesionales-pacientes (teleconsultas), junto a la disponibilidad de canales tecnológicos para llevarlas a cabo, se constituyeron en los intermediarios centrales del esquema propuesto (en pandemia) por las OCD Telesalud y los Ministerios de Salud jurisdiccionales. La propuesta logró aportar una solución aceptable y alineada al problema común a resolver: alta demanda asistencial en un escenario sociosanitario con restricciones de acceso a la modalidad tradicional (presencial).

De forma paralela, el Programa Nacional de Telesalud (a través de sus referentes jurisdiccionales) y la OCD Telesalud Garrahan desplegaron una serie de acciones tendientes a

institucionalizar la estrategia, tales como: dar carácter público a la nueva modalidad⁵², protocolizar sus usos⁵³, unificar las TIC puestas en circulación y contribuir a posicionar a las OCD como los dispositivos canalizadores de las nuevas estrategias de Telesalud a nivel local.

En este periodo también se realizaron múltiples y masivos espacios de intercambios de información y conocimientos entre los distintos integrantes de la red (e incluso por fuera de ella) sobre la difusión de esta práctica innovadora y los cambios propuestos, a través del envío de documentos por medios electrónicos, sitios web y reuniones virtuales. Como punto saliente del despliegue de acciones realizadas se destacaron las recomendaciones elaboradas por el Grupo Asesor de Telesalud de la Nación,⁵⁴ en donde alertan y reflexionan sobre las mejores prácticas para el desarrollo y consolidación de Telesalud bajo estándares de ética, calidad, seguridad y valores que atraviesan todas las dimensiones de la práctica en salud (MSYDS, 2019). Así lo indica uno de sus miembros:

“Los ministerios (nacional y provinciales) destinaron sus esfuerzos en promover nuevas modalidades de uso, elaborar un manual de buenas prácticas, como así también propiciar que los establecimientos cuenten infraestructura y recursos técnicos suficientes para llevar adelante la estrategia de telesalud en este contexto.”
(3EN)

Las relaciones que se establecieron entre los diversos actores en esta fase permitieron combinar recursos de diferentes tipos: políticas sanitarias federales, oportunidades tecnológicas y de TIC, demandas sanitarias y restricciones de circulación social. El hecho de que se produzcan este tipo de relaciones sociales en torno al uso de Telesalud constituyó un reflejo de cómo se organizaron y articularon las OCD en esta etapa y de los sentidos de uso construidos.

⁵² El 5 de abril de 2020, el diario La Nación publica el artículo “Telemedicina, una necesidad ante la pandemia” <https://www.lanacion.com.ar/opinion/telemedicina-necesidad-pandemia-nid2351025/>

⁵³ Durante el año 2020, MSAL elabora y publica la Guía para Equipos de Salud Programa TELE-COVID 19. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/guia-para-equipos-de-salud-programa-telecovid19.pdf>

⁵⁴ “El grupo asesor se encuentra constituido por expertos en telemedicina, representantes de universidades, entes gubernamentales, hospitales públicos y privados, asociaciones, sociedades y empresas de desarrollo de software” (MSYDS, 2019, p. 6).

Usos de Telesalud en la post pandemia

Lineamientos de política sanitaria post pandemia

La pandemia por Covid 19 fue identificada como un punto de inflexión en los sistemas sanitarios. De acuerdo a Buriyovich et al (s/f), “la pandemia aparece como un ‘parteaguas’ que permitió hablar de un futuro a partir de las falencias que quedaron expuestas en el sistema de salud, en las instituciones, en la relación paciente-profesional de la salud, en los modelos de atención, etc.” (p. 5). Esto también puede aplicarse a los nuevos desarrollos que tuvieron lugar y que debieran captar la atención de la agenda futura, entre los que se encuentra telesalud.

En ese marco, en el año 2021, el Plan Nacional de Telesalud anunció una serie de medidas destinadas a continuar en el nuevo contexto las modalidades adoptadas por las OCD Telesalud en pandemia. En tal sentido, decidieron sostener el financiamiento (post pandemia) de las prestaciones a distancia (asistenciales y educativas) incluidas en el Plan de Servicios de Salud del Programa Sumar, al igual que la renovación de las licencias de videoconferencias que habían sido provistas durante la misma. En paralelo, comenzaron a vincularse las prestaciones de telesalud con líneas de cuidado en salud promovidas por otros programas nacionales (por ejemplo incluir teleseguimiento en el abordaje de enfermedades no transmisibles). Como así también la inclusión de nuevos Hospitales Nacionales, como el Hospital en Red Lic. Laura Bonaparte (ubicado en la ciudad de Buenos Aires) como establecimiento de referencia de salud mental en la red federal de Telesalud.

A fines del año 2021 se retomaron las jornadas federales organizadas por la OCD Telesalud Garrahan y por el Programa Nacional de Telesalud, bajo la modalidad mixta: encuentros presenciales con transmisión en vivo. Estos espacios, destinados a compartir experiencias y últimas novedades en relación a la implementación de telesalud, permitieron reforzar entre los actores intervinientes (OCD, equipos de salud y autoridades institucionales) el interés en el uso de Telesalud en el nuevo contexto.

En paralelo, la OPS se pronunció sobre los beneficios de la Telemedicina evidenciados en el contexto de pandemia, e hizo un llamado a darle prioridad dentro de las agendas digitales en salud como una estrategia fundamental para la transformación digital en salud (Sommer et al., 2022). Las publicaciones científicas sobre telemedicina también resultaron incrementadas en esta etapa (Plazzotta, s/f), contribuyendo a la circulación,

reconocimiento y “legitimación” de los nuevos formatos de prestaciones de salud a distancia mediante TIC.

Estrategias de Telesalud en el marco de la nueva normalidad

Durante el año 2022, cada institución trabajó en el restablecimiento del total de la oferta prestacional presencial. A medida que las prestaciones de salud se restablecieron (aun en forma parcial), la red desplegada por las OCD Telesalud en el periodo de pandemia se contrajo, disminuyendo el flujo de actores e intermediarios que circulaban por ella. En los casos analizados, si bien los usos y alcances de telesalud disminuyeron post pandemia, su utilización continuó, siendo mayor al período previo, tal cual lo evidenció el Gráfico 2.

En palabras de sus miembros, la pandemia obligó a una reconversión de las instituciones de manera tal de poder aprovechar la experiencia desarrollada por las OCD Telesalud en los años previos y potenciar sus alcances. En los casos analizados, al tratarse de establecimientos con desarrollos preexistentes, las OCD disponían de las capacidades necesarias acumuladas y, por ende, contaban con los conocimientos y habilidades para afrontar las tareas que implica incorporar los cambios propuestos y adaptar su nuevo rol en la red, en sus propias instituciones y en la comunidad en general.

A diferencia de las etapas anteriores, en esta fase las OCD Telesalud no presentaron un desarrollo homogéneo (entre ellas) de sus distintos componentes. Todas confluyeron en el uso de las mismas herramientas TIC: plataforma de consultas a distancia, modalidades adheridas en sus cuatro componentes y aplicaciones de videoconferencias descentralizadas para los intercambios sincrónicos y sostuvieron sus desarrollos iniciales (previos a la pandemia). Sin embargo, manifestaron distintas adaptaciones de usos locales en las teleconsultas profesional-paciente (incorporadas en pandemia) y en nuevas TIC de apoyo, tales como los sistemas de mensajería, campus virtuales, aplicaciones interactivas, herramientas de telesimulación, entre otras.

En este proceso, la construcción de usos ampliados (de todos sus componentes y modalidades) determinó que las instituciones (y sus elementos) debieran prepararse para administrar ininterrumpidamente dos canales de atención: el tradicional (presencial) y el

virtual. Estos cambios no solo se produjeron a nivel organizativo, sino también profesional: determinar en qué casos puede aplicarse teleasistencia y en cuáles no (la telesalud no es para todo) surge como un nuevo elemento a tener en cuenta en su implementación. Tal como se afirma en una investigación reciente, “La incorporación de Telesalud invita a los equipos de salud a reflexionar sobre la práctica habitual y ser más expansivos, pensar en las nuevas herramientas y canales digitales disponibles para brindar atención de calidad de una manera más eficiente y conveniente para los pacientes” (Kvedar, 2020). Dicho proceso fue definido por sus miembros como:

“A nivel institucional se comenzó a sentar las bases para reconocer a la OCD como un área de apoyo transversal para otros servicios, tanto de vinculación interna como externa. Sus alcances conforman uno de los ejes priorizados de la Planificación Estratégica del Hospital.” (5EN)

“Las OCD propiciaron un cambio en la gestión institucional que facilitó ‘abrir una puerta virtual’ con múltiples canales para la atención y la prestación de servicios en cada Hospital, dando inicio a la transición hacia un modelo de gestión más proactivo, virtual y extramuros.” (2EN)

En línea con lo planteado por Hernán Thomas, el sentido de utilidad de una tecnología depende en gran medida del sentido construido en esos procesos de adecuación (Thomas et al, 2019). La adecuación produce funcionamiento y este concepto está muy presente en el desarrollo de las OCD Telesalud en el tiempo. Las prestaciones de salud a distancia aplican a personas: sean equipos de salud o pacientes en escenarios cambiantes. Es así como este periodo se caracterizó por un “reordenamiento” a nivel intra institucional y en la red ampliada, destacando que la red de OCD Telesalud nunca perdió la posibilidad de conexión entre sus elementos, y sus miembros continuaron construyendo sentido de utilidad, aun con diferentes desarrollos. El acercamiento de la población a las nuevas tecnologías, la calidad de las comunicaciones virtuales y la incorporación progresiva de las TIC en el trabajo diario de las instituciones de la red, constituyeron factores facilitadores de los desarrollos de telesalud propuestos.

Resignificación de sentido de utilidad

En la red de establecimientos públicos, las prestaciones de Telesalud (y de forma específica las propuestas por las OCD), comenzaron a ser reconocidas como una estrategia de innovación tecnológica con impacto social. En tal sentido reflexionaban sus miembros:

“Siempre teniendo en cuenta la importancia del encuentro presencial, la visibilización del potencial y el impulso que experimentó durante el periodo de la pandemia por covid-19, dejó prácticas y capacidades nuevas, que facilitan el acceso a la salud a las personas.” (3EN)

Las nuevas (y ampliadas) modalidades de intercambio de información y conocimientos que las OCD impulsaron en el periodo pandemia, y que continuaron de forma posterior, introdujeron modificaciones en las prestaciones de los distintos servicios. En las que se destacaron el inicio de consultas sincrónicas profesional - pacientes, el uso de nuevas herramientas TIC (incorporación de aplicaciones de videollamadas descentralizadas), y nuevas formas de vinculación entre instituciones y equipos y de estos con la comunidad. Las consultas a distancia no reemplazaron a la consulta tradicional, sino la complementaron brindando nuevas posibilidades de atención.

Como consecuencia de lo anterior, los encargados de las OCD iniciaron una nueva etapa de interesamiento y negociación con los referentes o integrantes de los servicios hospitalarios en pro de la integración de los componentes de Telesalud (sobre todo las modalidades surgidas durante la pandemia) con los formatos presenciales (tradicionales) de prestación de servicios de salud. El contexto en el que se produjeron estos movimientos resultó distinto al escenario previo (pandemia). En el periodo post pandemia se introdujo con mayor peso la condición de complementariedad de las prestaciones a distancia, en cualquiera de sus modalidades y componentes. Es decir, pasó de usos específicos (en la época pre-pandemia) a usos generalizados en contexto de pandemia y, en esta fase post pandemia, a la propuesta de uso complementario a la atención presencial. En virtud de lo cual, los integrantes destinaron esfuerzos para sostener sus actividades básicas (aquellas que identifican a las OCD Telesalud como tal) y comenzaron a desarrollar adaptaciones de la estrategia. Las mismas se proponían posicionar las prestaciones a distancia como parte de un proceso híbrido (virtual - presencial) de brindar servicios de salud.

Sin embargo, y más allá de su reconocimiento como política pública, adherir a la modalidad propuesta implicó a nivel operativo (de las OCD) nuevos y más complejos espacios de negociación entre sus actores. Las nuevas y ampliadas condiciones de uso entraron en tensión al interior de las instituciones con las formas asistenciales ambulatorias tradicionales. El punto central subyacente en estas tensiones estuvo dado entre aquellos actores que consideraban a estas prácticas como propias de la contingencia (crisis socio sanitaria) y los equipos de las OCD Telesalud que entendían que era una modalidad ampliada de los desarrollos anteriores. A ello debe agregarse un nuevo foco de tensión, que fue la emergencia de un tercer grupo constituido por los que incorporaron desarrollos de Telesalud pero sin tener vinculación con las OCD de cada uno de sus establecimientos. De hecho, la imposición de la virtualidad que implicó el aislamiento desbordó las capacidades y estructuras formales que antes eran canalizadas por las OCD en sus prácticas y las puso en tensión, ya que si los equipos de salud podían generar o participar de prestaciones a distancia desde cualquier dispositivo y lugar esto desafiaba la utilidad de las OCD.

Haciendo frente a estas incógnitas, los equipos de las OCD generaron una rápida adaptación de sus funciones operativas. Las mismas se basaron en diferenciar las prestaciones a distancia, institucionalizadas y promovidas por ellas (las OCD), de los usos aislados e informales que comenzaron a realizar en la emergencia socio sanitaria algunos servicios. Al respecto, uno de los entrevistados señaló la importancia que tuvo, en este contexto, disponer de elementos especialmente adaptados para este fin, tales como las licencias de videoconferencias, la plataforma nacional de Telesalud y consultas a distancia, las normativas de ciberseguridad, actores con habilidades de uso, entre otros.

Por su parte, sus cuatro componentes resultaron potenciados por los desarrollos continuos de los software de videoconferencias puestos en circulación por la red de OCD Telesalud a partir de la pandemia y sostenidos en esta fase. A las posibilidades de reunir a dos o más personas localizadas en distintos espacios en un entorno virtual mediante vídeo y audio en directo, se sumó la interactividad para apoyar los intercambios virtuales. Algunas de estas herramientas fueron el uso compartido de pantalla, la pizarra blanca digital, el chat en equipo, códigos QR⁵⁵, entre otros. Las nuevas funcionalidades de las aplicaciones de videoconferencias utilizadas, sumado a la capacidad instalada a nivel equipos de salud y

⁵⁵ El código QR “Quick Response”, es un código de respuesta rápida. Es un módulo para almacenar información en una matriz de datos o en un código de barras bidimensional. Es la evolución del código de barras y permite, al ser escaneado, ver la información que contiene

comunidad en el uso de nuevas tecnologías, contribuyeron al interesamiento de casi todos los servicios hospitalarios. Tal como lo plantea una entrevistada,

“los nuevos alcances de Telesalud fueron incorporados para uso interno permitiendo agilizar la comunicación entre servicios como así también para expandir los servicios de salud por fuera de las instituciones e incluso de la red y llevar prestaciones de salud hasta los hogares de los pacientes.” (7EZ)

En esta línea, Ugo & Luna (2021) refirieron a las OCD Telesalud como redes colaborativas entre instituciones públicas de salud con fines asistenciales, educativos, de gestión e investigación. Una red donde la forma en que se combinaron sus elementos heterogéneos aportó a su construcción de uso. La posibilidad intrínseca de albergar flexibilidad en la tecnología adoptada, sumado a la habilidad de sus actores para entrelazar diferentes relaciones y ocupar distintos roles, contribuyó no sólo la incorporación de las OCD en la red de establecimientos, sino a su duración en el tiempo (Domenech & Tirado, 1998), aún en escenarios cambiantes.

A finales del año 2022, las más de 300 OCD Telesalud⁵⁶ se convirtieron en los intermediarios claves para mediar, en cada institución, en los diferendos surgidos entre viejos y nuevos actores por su rápida ampliación y la descentralización de sus componentes dentro de las estructuras asistenciales. Una particularidad de la red analizada fue que los cambios introducidos no disminuyeron el reconocimiento, por parte de los actores, instituciones e intermediarios, del valor del artefacto y los fundamentos que le otorgan estabilidad. Simplemente afectó la forma y la dinámica de la incorporación de los nuevos usos (impulsados en pandemia) dentro de los parámetros que construyen utilidad de sus alcances constitutivos. Es decir, en tanto red colaborativa integró el sentido de lo local, lo regional, lo provincial y lo nacional, la estructura básica y lo coyuntural, y lo resignificó.

⁵⁶ Registros extraídos del sitio web de la OCD Telesalud del Hospital Garrahan el 3 de diciembre de 2023. <https://www.garrahan.gov.ar/equipos-y-especialidades/telesalud>

Capítulo V: Conclusiones

Conclusiones

Con este trabajo nos propusimos conocer, desde un abordaje sociológico constructivista, las características de la emergencia, expansión y estabilización de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud de establecimientos públicos de salud de Argentina desde sus orígenes en 1997 hasta el año 2022.

En líneas generales, hemos mostrado que la lógica de construcción de uso de estas Oficinas puso al descubierto de qué modo elementos heterogéneos pasados se vuelven actuales, en una espacialidad que no se restringe a lo local ni a lo global, sino a una red continua que conecta recursos (humanos y no humanos) de distintas jurisdicciones del país. Esta vinculación fue producto de diferentes modalidades de intercambio de información en salud a distancia, que se modificaron y resignificaron en el tiempo, sin perder su identidad y capacidad transformadora en las instituciones de las que son parte.

En los aspectos analizados, durante los 25 años de desarrollo, la OCD Telesalud Garrahan se constituyó en un actor central por su capacidad de asociar y poner en acción a sus diferentes elementos en sus fases de conformación y construcción de uso. Su rol resultó clave para incorporar, sostener y ampliar las relaciones entre los diversos actores en pro del interesamiento en la estrategia. Ello supuso, además, pasar por instancias de diferendos y negociación entre sus actores, como así también la identificación de elementos potencialmente favorables que estratégicamente intentaron su integración.

En términos de RTE, la forma particular de combinación de recursos que fue adoptando para la prestación de servicios de salud a distancia facilitó no sólo la búsqueda de alianzas, sino la adaptación a las nuevas herramientas (tanto tecnológicas como modalidades de uso) y mecanismos de aprendizaje colectivos propios de una red de innovación (Callon, 1995). A partir del año 2019, el Programa Nacional de Telesalud se sumó formalmente a la red conformada, como un nuevo actor central con capacidad de traccionar para la implementación federal de Telesalud. Su inclusión significó el anclaje de la red de OCD Telesalud en las políticas públicas sanitarias (nacionales y provinciales).

En su proceso de incorporación desplegaron una serie de estrategias, tales como: alianzas, desarrollo de nuevos componentes, actualizaciones de sentidos de uso, inclusión de actores y canales tecnológicos, entre otras. Las mismas resultaron potenciadas en contexto de

pandemia por Covid-19. Todas estas acciones supusieron una ampliación del objeto de interés de las OCD Telesalud, que pasaron, en sus diferentes fases, de brindar prestaciones de salud a distancia asincrónicas entre profesionales de dos instituciones localizadas en puntos remotos (punto a punto), a múltiples interconexiones en tiempo real entre instituciones, profesionales y pacientes. Lo interesante fue que, en su desarrollo, las formas anteriores convivieron con las nuevas pero transformadas en un marco de expansión de los límites institucionales hacia los de la red.

En las distintas fases, se visualizaron espacios de negociación y asignación de sentido de los actores involucrados (integrantes de OCD Telesalud, referentes nacionales y jurisdiccionales, equipos de salud, pacientes y comunidad) que aportaron movilidad y durabilidad a la conformación y ensamble de sus elementos constitutivos. De este modo, cada etapa representó un momento estable de un sistema de interacciones con complejas dinámicas de entrelazamiento de actores que pasan por nuevos procesos de coordinación, alineación e irreversibilidad, conformando una red híbrida (socio-técnica) de prestaciones de salud a distancia innovadora.

A partir del análisis realizado, estamos en condiciones de concluir que el proceso de incorporación de las OCD Telesalud en establecimientos públicos de salud de Argentina implicó el desarrollo de nuevas capacidades en la atención y gestión de los servicios de salud y, en particular en la interacción entre los centros de salud involucrados, que modificaron de forma sustantiva la organización de las instituciones participantes. La forma simétrica de desarrollar conexiones, relaciones y cooperaciones entre sus diferentes elementos humanos y no humanos -tales como artefactos, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores sociales, recursos económicos y tecnológicos, problemas y condiciones sociosanitarias- le asignaron sentido de funcionamiento, modificando los modelos organizativos tradicionales.

En los términos analizados, se distinguieron tres grupos de elementos que permitieron explicar en qué consistió el proceso de cambio mencionado. En los párrafos siguientes haremos hincapié en las dimensiones relevantes de cada uno de ellos, destacando que se encuentran estrechamente vinculados.

Vinculación entre políticas micro y macro

Si bien las OCD se originaron en el Hospital Garrahan como un proyecto con un objetivo social y sanitario específico, su desarrollo representó un trabajo interinstitucional y coordinado en el cual participaron activamente Hospitales de las 24 jurisdicciones del país, la Fundación Garrahan, Agencias y Organismos internacionales y, en sus fases más recientes, los Ministerios de Salud (nacional y provinciales). Sus características constitutivas, en tanto redes colaborativas, delimitaron la modalidad de interrelación entre sus actores y condicionaron los intercambios entre los niveles operativos y el nivel macro (referentes de política sanitaria jurisdiccionales). Esta situación requirió alcanzar niveles aceptables de convergencia entre la lógica de funcionamiento de la red de OCD preexistente, los marcos normativos y regulatorios, y los aportes financieros y recursos tecnológicos (fundamentalmente la plataforma nacional de consultas a distancia) que aportó el Programa Nacional Nacional, que representan sus niveles macros.

En tal sentido, observamos cómo la vinculación de los recursos (técnicos, económicos, asistenciales, organizativos, RRHH) rompieron con la dicotomía micro-macro, al proponer un tipo de relaciones que atraviesan ambos niveles, interconectándolos en muchos otros subniveles (Knorr- Cetina, 1996). De modo que las políticas macro de Telesalud se encuentran incorporadas en las prácticas estructuradas de las OCD, pero lo hacen como resultante de un proceso continuo y activo de negociación, interpretación y construcción en el tiempo. Por otra parte, el proceso de innovación que introdujeron las OCD no se centró exclusivamente en una institución, sino que, por el contrario, hizo intervenir múltiples actores y recursos que se inscriben en marcos organizacionales o institucionales diferentes (Callon, 2001). Una Oficina de Comunicación a Distancia funciona al estar inscripta en una red interconectada con otras oficinas e instituciones. Así como una política pública de Telesalud que se concibe en red es resultado de un proceso de relacionamiento de recursos que exceden su propio ámbito de creación y de rectoría, y se materializa en establecimientos asistenciales.

La configuración del entorno de redes colaborativas analizado promovió una nueva definición del espacio, menos vinculado a la noción de territorio como espacio jurídico-político, en cual se fundamentan las divisiones micro-macro tradicionales, y mucho más identificado con una idea de espacio difuso e interrelacionado. En tal sentido, adoptó características sistémicas para dar respuestas a diferentes escalas y niveles.

Transformaciones institucionales y prestacionales

En su propuesta de creación, las OCD Telesalud surgieron como un ámbito de colaboración entre equipos de salud de distintas instituciones del país para promover la atención coordinada y resolución local de problemas complejos de salud (y evitar los traslados y el desarraigo del paciente y su familia) en todo el territorio nacional. Sin embargo, sus alcances fueron reconfigurando el problema original hasta formas más ampliadas. En su etapa más reciente, su razón de uso se encuentra más asociada a brindar nuevas modalidades prestacionales y accesibilidad al sistema de salud, independientemente de la distancia física a la cual se encuentren sus partes intervinientes y del problema de salud que se trate. De forma general, Telesalud consiste en ofrecer servicios de salud a distancia a través de canales tecnológicos (OPS, 2023).

Las modalidades de prestaciones de salud a distancia que las OCD Telesalud incorporaron en las instituciones involucran servicios no médicos y tecnologías heterogéneas, que se modifican a su vez en el tiempo. Las mismas incluyeron desde telefax y correo electrónico, hasta aplicaciones de videoconferencias, recursos de Internet, plataforma de consultas a distancia, entre otras. Todas modificaron los canales de comunicación tradicionales, y los hicieron más dinámicos y flexibles.

De este modo, las Oficinas facilitaron que los equipos de salud se vinculen virtualmente unos con otros, sean internos o externos, a través de TIC coordinadas y alineadas a un propósito común y múltiples derivaciones. Como consecuencia de ello, las OCD Telesalud extendieron la oferta de servicios de salud de sus instituciones al incorporar las modalidades virtuales o mixtas (una combinación de ambas). En otras palabras, al diluir las limitaciones espaciales y de disposición de recursos físicos, ampliaron el abanico de prestaciones de salud disponibles. De ahí que se considere que las OCD Telesalud facilitaron, expandieron y aceleraron los procesos de producción colaborativa de los establecimientos intervinientes, agilizando los tiempos institucionales (lo virtual es potencialmente más rápido que lo presencial) y simplificando procesos de vinculación (por su condición de compartir y coordinar). De este modo, un establecimiento en la lógica de la RTE analizada debe medirse por su capacidad efectiva de interactuar y compartir recursos con otros, no ya por los recursos físicos que dispone (que configuran los límites tradicionales de las instituciones). Lo anterior tuvo como consecuencias reconfigurar el pasaje de lo intra a lo interinstitucional, resultando difícil establecer las fronteras entre ambos.

En la misma línea, la implementación de sus cuatro componentes (teleasistencia, teleducación, telegestión y teleinvestigación), asociados a los cambios tecnológicos; contribuyeron a diluir los límites de los niveles tradicionales de complejidad de la atención de la salud. En otros términos, permitió poner a disposición asistencia especializada en todos los establecimientos de salud, independientemente del nivel de complejidad que tengan. Esto ya fue considerado por Artaza Barrios (2017) al expresar que “los cambios tecnológicos y la ambulatorización de la atención, han permitido difuminar los límites entre los niveles clásicos, ya que actualmente la alta complejidad en la atención de salud se da por igual a nivel hospitalario que a nivel ambulatorio. Por lo anterior, actualmente se tiende a hablar de primer nivel y luego de atención especializada ambulatoria y de internación” (p. 24).

Dichas transformaciones institucionales no se agotaron ahí. Las prestaciones de salud a distancia pueden prescindir -al menos en algunos de sus intervenciones- del uso del espacio físico del establecimiento. Un consultorio virtual, una consulta asincrónica, una actividad de teleducación pueden concretarse desde cualquier localización. Esto modificó sustancialmente el escenario habitual de brindar prestaciones de salud, requiriendo adaptar ciertas características del modelo asistencial tradicional y prepararlo para brindar prestaciones “más allá de sus paredes” en múltiples aspectos: edilicios, tecnológicos, organizativos, culturales.

Las formas de intercambiar y gestionar la información intra e interinstitucional

Las OCD no pueden analizarse por fuera de la noción de red. La modalidad de incorporación y sostenimiento de las OCD Telesalud “facilitó el desarrollo del modelo de organización en red, no solo a nivel interno, sino también respecto a sus interacciones con los proveedores e instituciones con quienes colabora y comparte intereses” (OPS, 2016a, pp. 23-24). A lo largo de su trayectoria, logró desarrollarse a través del aprovechamiento de recursos disponibles (independientemente de donde se encuentran localizados y de la institución a la que pertenezcan) y la modificación de las configuraciones tradicionales de tiempo y espacio, de la mano de la implementación de las capacidades incrementales del uso social de las TIC. En otras palabras, la simetría constitutiva de la vinculación de los distintos elementos en la construcción de uso de las Oficinas configuró una nueva forma de gestión de los procesos de salud a nivel institucional. La lógica de vinculación propuesta por las OCD, a su vez, legitimó

y respaldó a las producciones colaborativas tales como participaciones en congresos, resoluciones de casos clínicos, manuales de buenas prácticas, entre otras, ya no atribuidas a un solo actor o institución, sino a intercambios colectivos entre equipos diversos y transinstitucionales.

De los elementos claves que confluyeron en su funcionamiento, las TIC se constituyeron en intermediarios centrales en cada fase analizada. Las posibilidades incrementales que fueron adquiriendo, en correlación con el avance de la tecnología IP (Internet Protocol) y su apropiación social, permitieron habilitar conexiones en múltiples sentidos y direcciones, reconfigurando los alcances iniciales de las OCD Telesalud y las instituciones a las que pertenecen.

Estos cambios, no solo se dieron por fuera de la institución sino también dentro de ella: la realidad construida mediante las prestaciones de salud a distancia propuestas se apoderó de varios espacios intrainstitucionales (fundamentalmente asistenciales y educativos). Al introducir nuevos canales tecnológicos de interacción entre equipos de salud y pacientes, se dio una reconfiguración de las modalidades de prestaciones tradicionales (exclusivamente presenciales) para complementarlas con otras virtuales. Esto pudo observarse en los intercambios a distancia entre profesionales asistenciales, y en los espacios de actualización y capacitación para los equipos de salud. En sus formas más recientes, las charlas virtuales terapéuticas, talleres de cuidado y/o prevención de salud, teleseguimiento de grupos de pacientes, etc., comenzaron a ser parte de las prácticas cotidianas de las instituciones. Todos constituyen modalidades innovadoras institucionales de vinculación entre equipos de salud, pacientes y comunidad, que incorporan elementos y complejizan sus modelos organizativos y prestacionales.

Referencias bibliográficas

Aizenberg, M. (2022). Marco normativo de telemedicina: estado actual y tareas pendientes. BID. <http://dx.doi.org/10.18235/0004176>

Artaza Barrios, O. (2017). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Organización Panamericana de la Salud - OPS 1a ed. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34027>

Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (2020). COVID-19 y Telemedicina. Herramienta de medición del nivel de madurez de las instituciones de salud para implementar servicios de telemedicina. Versión 3.0 https://www3.paho.org/ish/images/toolkit/COVID-19-Telemedicine_RATool-es.pdf?ua=1

Bernal - Sánchez, G. Torre-Rodríguez, J., Robles-Bonilla, C. Campos-Romero, A. & Otero-Meza, C. (2007) Análisis costo-beneficio. Telemedicina Anáhuac. Medigraphic 75 (3), 227-235

Busso, M., González, M.P, Scartascini, C. (28 de julio de 2021). El auge de la telemedicina en medio de la COVID-19. Ideas que cuentan. [Publicación de blog]. <https://blogs.iadb.org/ideas-que-cuentan/es/el-auge-de-la-telemedicina-en-medio-de-la-covid-19/>

Callon, M. (1995). Investigación e innovación en Francia: definición de un marco analítico. Economía de las Innovaciones 4. PIETTE. CONICET.

Callon, M. (2001). Redes tecno-económicas e irreversibilidad. RIDAA. UNQ. 8(17).

Callon, M. (2008): “La dinámica de las redes tecno-económicas”, en: Thomas, H. y A. Buch (comps.): Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología. Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes, 147- 184.

Calviño, N. (2022). Dinámicas de innovación educativa centradas en la integración de las TIC. Estudio de caso del Plan Vuelvo a Estudiar Virtual de la Provincia de Santa Fé. Universidad Nacional de Quilmes.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021) Tecnologías digitales para un nuevo futuro (LC/TS.2021/43).

Comisión Europea (CE). (2014) Libro verde de la sanidad móvil en la Unión Europea.

Di Bello, M. (2022). Clase 1. Cambios recientes en la relación ciencia y sociedad I. Unidad 1. Cultura científica, percepción social de la ciencia y la tecnología y democratización. Maestría en Ciencia, Tecnología y Sociedad. Universidad Nacional de Quilmes.

Doménech, M. y Tirado, F.J. (comps.) (1998). Sociología Simétrica. Gedisa. CLA-DE-MA.

Dos Santos, A. y Fernández, A. (ed). (octubre de 2013). Desarrollo de la telesalud en América Latina Aspectos conceptuales y estado actual. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35495/S2013129_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fernández, A. y Oviedo, E. (ed). (noviembre 2010) Salud electrónica en América Latina y el Caribe: Avances y desafíos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). pp 27-38

Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Sep 7;2015(9):CD002098. doi: 10.1002/14651858.CD002098.pub2. PMID: 26343551; PMCID: PMC6473731.

García Galván, R., (2005). El enfoque de redes socio-técnicas como herramienta metodológica para los estudios territoriales de la tecno-industria. *Quivera. Revista de Estudios Territoriales*, 7(2), 8-40.

García Salirrosas, E; Cieza; Villavicencio, A; Alberto Barrenechea Pastor, A y Ari Melo, M (2023). Revisión bibliométrica de la aceptación y uso de la tecnología de la información y comunicación con el uso de la teoría del UTAUT aplicado a la telemedicina. *RISTI - Revista Iberica de Sistemas e Tecnologias de Informacao* 56(2), 516-527.

García Saiso S, Martí 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>

Guanyabens i Calvet. J. (s/f). *Tic y Salud*. Universidad Oberta de Catalunya. PID_00172644

Guirao Goris, Silamani J. Adolf. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura. 9 (2) <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200002>

Heinze Martin, G., Olmedo Canchola, V., & Andoney Mayén, J. (2017). Uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en las residencias médicas en México. *Acta médica Grupo Ángeles*, 15(2), 150-153.

Jiménez WG, Acuña JS. (2015). Avances en telesalud y telemedicina: estrategia para acercar los servicios de salud a los usuarios. *Acta Odontológica Colombiana [en línea]*, 5(1). 101-115.

Kvedar, J. (27 de agosto de 2020). Is Telemedicine Here to Stay?. *Raise the Line*. Episodio 50. [Publicación de blog]. <https://www.osmosis.org/raisethelinepodcast/kvedar>

Knorr-Cetina, K. (1996). ¿Comunidades científicas o arenas transepistémicas de investigación?. Una crítica de los modelos cuasi-económicos de la ciencia. *Redes* 3(7). 129-160.

Knorr-Cetina, K. (2005). La fabricación del conocimiento. Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia. Colección "Ciencia, Tecnología y Sociedad" Dirigida por Pablo Kreimer. 11(22). UNQ.

Kreimer, P. (1999). De probetas, computadoras y ratones. Buenos Aires, Ed. UNQ. Cap. 3.

Mahtani Chugani, V, Fernández, R Soto Pedre, E Yañez López, V; Serano Aguilar, P. (2009). Implantación de programas de telemedicina en la sanidad pública de España: experiencia desde la perspectiva de clínicos y decisores. *Gaceta Sanitaria*. 23(3), 223-229. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2008.06.005>

Monterroza Ríos, Á. (2017). Una revisión crítica a la teoría del actor-red para el estudio de los artefactos. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*. Instituto Tecnológico Metropolitano Colombia, 9(17), 49-62

Navarra, G. (13 de febrero de 2021). Telemedicina. El desafío de equilibrar acceso a la salud y cercanía personal. *La Nación* Sección Opinión. <https://www.lanacion.com.ar/opinion/telemedicina-el-desafio-de-equilibrar-acceso-a-la-salud-y-cercania-personal-nid13022021/>

Organización Internacional Ítalo-latinoamericana (2021). Telemedicina para la inclusión social. <https://www.adelante2.eu/es/iniciativas/ict114-21/7>.

58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A58/21 Punto 13.17 del orden del día provisional 7 de abril de 2005. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_21-sp.pdf

58ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A58/28. Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005 - Comisión A, séptimo informe). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23104/WHA58_28-sp.pdf;jsessionid=68D818036C329A86F58722A109346017?sequence=1

Lanza, S. (2018). Impacto de la implementación de una solución de telemedicina en centros de salud. [Tesis de Maestría en Gestión de Servicios Tecnológicos y Telecomunicaciones]. Universidad de San Andrés.

Larrión, J. (2019). Teoría del actor-red. Síntesis y evaluación de la deriva postsocial de Bruno Latour. *Revista Española De Sociología*, 28(2). 323-341.

Latour, B. (1983). Dadme un laboratorio y moveré el mundo, en: Knorr-Cetina, K. y Mulkay, M. (eds.): *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*. 141-170.

Latour, B. (1992). *Ciencia en acción*, Editorial Labor, Barcelona.

Latour, B. (1993). *We have never been modern*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Latour, B. (1999). Give me a laboratory and I will raise the world, en Biagioli, M. (ed.): *The Science Studies Reader*, Nueva York, Routledge, 258-275.

Latour, B. (2001). *La esperanza de pandora*. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia. Barcelona: Gedisa.

Latour, B. (2005). *Reassembling the Social .An Introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford, Oxford University Press.

Latour, B. (2008) Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Manantial.

LeRouge, C. Gupta, M. Corpart, G. Arrieta. A. (2019). Health System Approaches Are Needed To Expand Telemedicine Use Across Nine Latin American Nations. HEALTH AFFAIRS 38(2), 212–221. doi:10.1377/hlthaff.2018.05274

Lepratte, L., Blanc, R., Pietroboni, R., & Hegglin, D. (2015). Sistemas socio-técnicos de producción e innovación. Análisis de la dinámica del sector de producción de carne aviar en la Argentina. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS, 10(28), 57-82.

López González, W. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. Educere, 17(56), 139-144.

Peña Vera, T., & Pirela Morillo, J. (2007). La complejidad del análisis documental. Información, cultura y sociedad: revista del Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas, (16), 55-81. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=263019682004>

Reybaud, G. (7 de mayo de 2019). El Garrahan, pionero en telemedicina. Rsalud, Argentina. [Publicación de blog]. <https://rsalud.com.ar/el-garrahan-pionero-en-telemedicina/>

Roig, F. & Saigí-Rubió, F.. (2011). Barreras para la normalización de la telemedicina en un sistema de salud basado en la concertación de servicios. Gaceta Sanitaria - GAC SANIT. 25. 397-402. 10.1016/j.gaceta.2011.01.004.

Ruíz Ibáñez, C., Zuluaga de Cadena, Á, Trujillo Zea, A. (2007). Telemedicina: Introducción, aplicación y principios de desarrollo CES Medicina, Universidad de Medellín 21(1), 77-93 <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261120984009.pdf>

Sampedro Hernández, J. (2013). Innovación y cambio microinstitucional en el sector salud: evidencia de la telemedicina en México. Economía: teoría y práctica, (39), 31-57. <https://qrcd.org/3Xz3>

Sautu, R., Boniollo, D, Dalle, P., Elbert, R. (2005) Manual de Metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Editorial Prometeo.

Schmitz, A. (2019) Análisis internacional de la intención de uso de las vídeo consultas médicas: una adaptación de la teoría utaut 2. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio institucional de la Universidad Autónoma de Madryn <https://repositorio.uam.es/handle/10486/690293>

Tellez Tejada, N. (1 de noviembre de 2020). \$ 4.750 millones para federalizar y desfragmentar la salud digital Salud en línea. <https://saludenlinea.com.ar/2020/11/01/se-preven-inversiones-por-4-750-millones-para-federalizar-y-desfragmentar-la-salud-digital/>

Vaccari, A. (2008) Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red. Bruno Latour. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - Centro de Estudios sobre Ciencia, Desarrollo y Educación Superior, Argentina. REDES 4(11), 189-192

Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2006). Estrategias de investigación cualitativa, Gedisa.

Vergara Vidal, J, y Avendaño Pávez, O. (2020). Noción de frontera y objetos de cooperación en escenarios de diferencia epistemológica. Cinta moebio, 69, 229-240
<https://doi.org/10.4067/S0717-554X2020000300229>

Villavicencio, D. (1999). Sociología del trabajo y sociología económica en Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI , CLACSO.
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101102032243/11villa.pdf>

Fuentes documentales

Burijovich, J.; Sy, A. Drovetta, R. y Buhlman, S. (s/f). Informe universitario del futuro. Nuevo pacto por la salud en la Argentina post pandemia. Jefatura Gabinete de Ministros Argentina. [Publicación de blog]. <https://qrcd.org/3WHY>

Camara, A. (12 de abril de 2019). Llegamos a la tecnología porque necesitábamos comunicar equipos de salud. Telemedicina. Salud en Línea. [Publicación de blog]. <https://qrcd.org/3WHZ>

Carniglia, L. González, J , Pérez Lozada, P , Selvatici, L.1 , Cegatti, J, Ugo, F, Luna, A, Marchio W, Gutiérrez, E , Adén, F , T. Kantolic, T. Orellana, N, García. M. (2010). Programa de Comunicación a Distancia. Elaboración de indicadores cuali-cuantitativos para su evaluación. Medicina Infantil. Hospital Garrahan. 17(3) 276-281

Carniglia, L; D'Onofrio, M. S.; Elmeaudy, P.; González, J.; Torolla, J.; Castelli, M. (1999). OFICINA DE COMUNICACIÓN A DISTANCIA. Medicina Infantil. Hospital Garrahan. 6(2) 92-95

Flores Sahagun, D. (16 de septiembre de 2019). El desafío es tener a todos los centros conectados a la red de telesalud. Telemedicina. Salud en Línea. [Publicación de blog]. <https://qrcd.org/3WHI>

Giovagnoli, R y Costanzo, D. Hospital a distancia: el Garrahan lidera una red de telesalud que conecta a todo el país y es modelo en el mundo. Sección Salud y Bienestar. Diario Redacción. [Publicación de blog]. <https://qrcd.org/3WHn>

Hospital Garrahan. (30 de marzo de 2022). Noticias. [Publicación de blog]. <https://qrcd.org/3WWho>

Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta. (12 de marzo de 2023). https://www.hospitalcuencaalta.org.ar/public_html/web/index.php/comite-de-etica-de-investigacion-en-salud

Hospital Garrahan. (30 de mayo de 2023). Historia del Hospital. <https://www.garrahan.gov.ar/historia/contenidos/historia>

Hospital Posadas. (3 de diciembre de 2022). Institucional <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/institucional>

Hospital Posadas. (29 de abril de 2023). Oficina de Comunicación a Distancia - OCD. <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospital-nacional-posadas/trabajo-en-red-hospital-posadas/oficina-de-comunicacion-distancia>

Hospital Garrahan. Comunicación y Telemedicina (s.f.). <https://www.garrahan.gov.ar/presentacion2>

Hospital Garrahan [@hospGarrahan] (10 de diciembre de 2018). I Congreso Internacional de Redes y Comunicación a Distancia. Recuperado 27 de marzo de 2023, de <https://twitter.com/HospGarrahan>

Hospital Garrahan (10 de diciembre de 2018). I Congreso Internacional de Redes y Comunicación a Distancia [Publicación de blog] <https://qrcd.org/3WHp>

Hospital Garrahan. (s/f) Con representantes de todo el país, comenzó el encuentro para celebrar los 20 años de Comunicación a Distancia del Garrahan [Publicación de blog] <https://qrcd.org/3WHq>

Hospital Garrahan. (30 de marzo de 2022). Encuentro 25° Aniversario OCD Telesalud Garrahan. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=GCA7mWu1ILY>

Hospital Garrahan. (14 de diciembre de 2015). Primer Encuentro Anual de Telemedicina. [Publicación de blog] <https://www.tistudios.com.ar/garrahan/web/v3/noticias.html>

Hospital Garrahan (2023). Clase 3. Introducción a las TIC's en Salud. Curso Fundamentos de Telesalud y redes para la práctica y la gestión. OCD Telesalud Hospital Garrahan.

Intramed. Orgullo argentino. Hospital Garrahan: 25 años cuidando el futuro (21 de agosto de 2012) [Publicación de blog] <https://qrcd.org/3WIC>

Jefatura de Gabinete de Ministros (17 de noviembre de 2016). El Gobierno presentó el Programa Nacional de Telesalud Pediátrica <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gobierno-presento-el-programa-nacional-de-telesalud-pediatica>

La Nación (22 de agosto de 1997) El Garrahan pone su estetoscopio sobre los hospitales del interior. Sociedad. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/el-garrahan-pone-su-estetoscopio-sobre-los-hospitales-del-interior-nid75340/>

Litewka, S. (2005). TELEMEDICINE: A CHALLENGE FOR LATIN AMERICA. Acta bioethica, 11(2), 127-132. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2005000200003>

Luna, A. (5 de abril de 2022): La mayor red de telesalud de la Argentina fue posible gracias al compromiso y la solidaridad. Telemedicina. Salud en Línea [Publicación de blog] <https://qrcd.org/3WHs>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (7 de enero de 2019). Resolución 21/2019 Programa Nacional de Telesalud <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/199759/20190109>.

Ministerio de Salud de la Nación (2022) WEBINAR 3 TELESALUD Transformaciones digitales en salud durante la pandemia y post pandemia para el cuidado de pacientes con

ECNT. Comunidad de Prácticas. Desafíos Post Covid 19 [Publicación de blog]
<https://qrcd.org/3WID>

Ministerio de Salud de la Nación (2022) WEBINAR 4 TELEMEDICINA experiencias jurisdiccionales. Comunidad de Prácticas. Desafíos Post Covid 19. [Publicación de blog]
<https://qrcd.org/3WIE>

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (27 de noviembre de 2018) Anexo Plan Nacional de Telesalud 2018-2024
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_plan_nacional_de_telesalud_def.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (22 de febrero de 2021) Resolución 2547/2021. Directrices Organización y Funcionamiento de Internación.
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/infoleg/res2547-1.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (18 de marzo de 2022) Resolución 581/2022 de BUENAS PRÁCTICAS PARA LA TELECONSULTA.
<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/259481/20220321>

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. Agencia Nacional de Promoción de la Investigación, el Desarrollo Tecnológico y la Innovación.
<https://www.argentina.gob.ar/ciencia/agencia/la-agencia/historia>

Ministerio de Salud de la Nación (3 de febrero de 2021) Términos de referencia - Servicios de mejoras, soporte, mantenimiento correctivo y evolutivo de la plataforma de Telesalud y Comunicación a Distancia.
<https://www.msal.gob.ar/images/stories/Licitaciones-msal/TDR-%20Telesalud.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (27 de septiembre de 2018) Anexo Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/315832/RES189.pdf>

Ministerio de Salud de Chubut. Resolución Provincial 22/2019 creación del Programa Provincial de Telesalud.

Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Telesalud.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/telesalud>

Ministerio de Salud de la Nación. (s/f). Primera Encuesta Nacional de Telesalud. Experiencias de los/las usuarios/as de los equipos de salud y del paciente.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/primera_encuesta_nacional_de_telesalud.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). Global Observatory for eHealth. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44497>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (17 de abril de 2019) Primeras directrices sobre intervenciones de salud digital. Comunicado de prensa [Publicación de blog]
<https://qrcd.org/3WHt>

Organización Panamericana de la Salud (2000). Bases metodológicas para evaluar la viabilidad y el impacto de proyectos de telemedicina.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (4 de julio de 2014). Ministerio de Salud de Nación realiza por primera vez jornada de referentes de telesalud [Publicación de blog]

<https://www.paho.org/es/noticias/4-7-2014-ministerio-salud-nacion-realiza-por-primera-vez-jornada-referentes-telesalud>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (5 de septiembre de 2014) Argentina da pasos hacia un Plan Federal de CiberSalud [Publicación de blog] <https://qrcd.org/3WI5>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014) Conversaciones sobre eSalud. Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28391/9789275318287_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016a) Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2016b). La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación. Resultados de la Tercera Encuesta Global de eSalud

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31287/9789275319253-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2020) Teleconsulta durante una Pandemia. Hoja informativa. [Publicación de blog] <https://qrcd.org/3WI8>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (16 de noviembre de 2022) Telehealth project promises to expand services for people with noncommunicable diseases in Latin America and the Caribbean. [Publicación de blog] <https://qrcd.org/3WI9>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022) Acciones para facilitar el acceso a la telesalud. Caja de herramientas de transformación digital. Herramientas de conocimiento 10 3-14

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2023) Módulo 4. Curso virtual para la integración de la Telesalud en el primer nivel de atención con la aplicación de modelos de simulación. <https://qrcd.org/3Y48>

Organización Naciones Unidas (27 de junio de 2016). Resolución “Promoción, protección y disfrute de los derechos humanos en Internet”. Documento A/HRC/32/L. 20 de la Asamblea General de Naciones Unidas. https://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/d_res_dec/A_HRC_32_L20.pdf

Plazzotta, F. (s/f) "La Telemedicina: Antes y después de la pandemia". Innova Salud Digital. HIBA.

<https://www1.hospitalitaliano.org.ar/landing/innova-salud-digital/articulos/la-telemedicina-antes-y-despues-de-la-pandemia>

Rampi, M., Selvatici, L., Witman, E., Lechuga, P., & Mathis, V. (2023). La construcción de un espacio de comunicadores de la red de Oficinas de Comunicación a Distancia Telesalud de Argentina. Grado Cero. Revista De Estudios En Comunicación, (5). <https://publicacionescientificas.uces.edu.ar/index.php/grado/article/view/1495>

Savignano, M. C., Castelli, M., Kassab, S., & Luna, A. (2019). Oficina de comunicación a distancia del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" – más de 20 años construyendo telemedicina. Revista Española de Comunicación en Salud, 10(1), 62-69. <https://doi.org/10.20318/recs.2019.4471>

Schejter, Virginia, Carniglia, Luis, Cegatti, Julia, Selvatici, Laura, De Raco, Paula Paulette, Ugo, Florencia, Jesiotr, Malena, D'onofrio, Susana, Luna, Antonio Juan y Cámara, Alejandro (2010). La comunicación a distancia en salud. El trabajo interdisciplinario entre distintos niveles asistenciales. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-031/628.pdf>

Secretaria de Gobierno de Salud (2019). Indicadores de monitoreo de los Proyectos Provinciales Escalables. Documento técnico 4. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/indicadores_de_monitoreo_de_los_proyectos_provinciales_escalables_cus.pdf

Sommer J, Torre AC, Bibiloni N, Plazzotta F, Vázquez Peña F, Terrasa SA, et al. Telemedicina: validación de un cuestionario para evaluar la experiencia de los profesionales de la salud. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e173. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.173>

Soldano. M. (2022) 35° Aniversario del Hospital de Pediatría Garrahan. Un orgullo nacional. Revista Conexión Andrómaco 44, 12 - 16 <https://qrcd.org/3WIG>

Ugo, F. y Luna, A. (2021). Redes, telesalud y comunicación a distancia: Una práctica federal en salud pediátrica. En A. R. Díaz Muñoz (editora), Agenda de la salud pública argentina. Enfoques, experiencias e investigación. ISALUD. 163-182. https://www.isalud.edu.ar/news/links/agenda_salud_publica.pdf