



**Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación**

**Título del documento: La relación médico-paciente, nuevas dinámicas comunicacionales a partir del uso de la telemedicina: un estudio cualitativo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

**Autores (en el caso de tesis y directores):**

**María Luciana Donatelli**

**Milca Cuberli, dir.**

**Datos de edición (fecha, editorial, lugar,**

**fecha de defensa para el caso de tesis): 2018**

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.  
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: [https://creativecommons.org/choose/?lang=es\\_AR](https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR)



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales  
Ciencias de la Comunicación Social



~Tesina de grado ~

**La relación médico-paciente: nuevas dinámicas comunicacionales a partir del uso de la telemedicina.**

Un estudio cualitativo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Tesista:** María Luciana Donatelli (DNI: 35.275.216)

Mail: [m.luciana.d@live.com.ar](mailto:m.luciana.d@live.com.ar)

Télefono: 15-6544-9029

**Tutora:** Dra. Milca Cuberli

Mail: [milca.cuberli@gmail.com](mailto:milca.cuberli@gmail.com)

**-.Febrero de 2018.-**

## ~Agradecimientos~

A Milca, quien desde el primer momento aceptó ser mi tutora. Fue un honor que con su rica experiencia y conocimiento sobre el tema haya elegido acompañarme en este proceso.

A Marian, quien con su lectura atenta y detallista me ayudó a terminar de cerrar “con moño” una etapa tan importante de mi vida.

A los médicos entrevistados, quienes sin conocerme aceptaron que interrumpiera por unos minutos su rutina.

A mis amigas, amigos y familiares, tan atentos y presentes a lo largo de este camino con sus buenas energías, palabras de aliento y rezos.

A Diego, el mejor compañero del mundo, quien siempre me da ánimo y con su amor motoriza mis sueños personales y los que tenemos como pareja.

A mis papás y hermano por su paciencia hasta en los momentos en que ni yo misma me soportaba. Gracias por apoyarme en todas las decisiones que fui tomando hasta ahora y tener siempre tiempo para escucharme y aconsejarme.

A la Universidad de Buenos Aires y ese mundo “raro” y maravilloso que es la Facultad de Ciencias Sociales, en donde me inspiré con el conocimiento y la pasión de muchos profesores y conocí a personas extraordinarias. Agradezco la posibilidad de formarme como comunicadora, con todo el compromiso social que ello implica.

## ~ Listado de abreviaturas y siglas ~

### **Abreviaturas**

CyS: comunicación y salud.

HCE: historia clínica electrónica.

MA: modelo de la autoatención.

MMH: modelo médico hegemónico.

RMP: relación médico-paciente.

PSEA: proceso salud-enfermedad-atención.

TICs: tecnologías de la información y comunicación.

### **Siglas**

BVS: Biblioteca Virtual en Salud.

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CLACSO: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

MEDLINE: National Library of Medicine.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PubMed: US National Library of Medicine.

Redalyc: Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

Scielo: ScientificElectronic Library Online.

UBA: Universidad de Buenos Aires.

## ~ Resumen ~

Esta tesina tuvo como objetivo analizar las características de la relación médico-paciente (RMP) desde la perspectiva de los médicos y a partir de la utilización de la telemedicina, entendida como la tecnología aplicada a las prácticas médicas. Específicamente, en este trabajo se analizaron las prácticas de comunicación entre médicos y pacientes a través del uso de los dispositivos tecnológicos y aplicaciones (Whatsapp, correo electrónico).

Para su desarrollo se utilizó un enfoque metodológico cualitativo. Para la recolección de datos, se realizaron 16 entrevistas semi-estructuradas a profesionales médicos (8 mujeres y 8 varones) que trabajan en hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las entrevistas se realizaron de modo presencial y se llevaron a cabo en los lugares de trabajo de los profesionales, entre los meses mayo y agosto del año 2017. El análisis de los datos se realizó en el año 2018.

Los resultados de esta tesina dejan en evidencia la confusión que el término “telemedicina” genera en los médicos que dicen no conocer a qué práctica se refiere y, por otro lado, la poca apropiación de esta práctica por aquellos que dicen conocerla. A través de la información brindada por los médicos se reconoce que todos en algún momento practican la telemedicina pero se advierte la dificultad de los profesionales para fijar claros límites para su uso como medio de comunicación en el marco de la RMP.

**Palabras clave:** comunicación en salud, telemedicina, relaciones interpersonal, relaciones médicos-pacientes.

## ~ Índice ~

<b>Presentación</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Introducción</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1. Telemedicina</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Telemedicina?</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1.2. Las características de la telemedicina como medio de comunicación y las ventajas/desventajas de su incorporación en la relación médico-paciente</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2. La relación médico-paciente</b> .....	<b>17</b>
<b>1.2.1. ¿Del paternalismo a la deshumanización?</b> .....	<b>17</b>
<b>2. Estado del Arte</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1. Investigaciones sobre telemedicina y la compleja relación médico-paciente</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1.1. Telemedicina en el contexto nacional</b> .....	<b>24</b>
<b>2.1.2. Relación médico-paciente en el contexto nacional</b> .....	<b>26</b>
<b>2.1.3. Telemedicina y relación médico-paciente en América Latina</b> .....	<b>28</b>
<b>2.1.4. Algunas conclusiones sobre la evidencia disponible sobre telemedicina y relación médico-paciente en Argentina y América Latina</b> .....	<b>30</b>
<b>3. Objetivos</b> .....	<b>32</b>
<b>3.1. Objetivo General</b> .....	<b>32</b>
<b>3.2. Objetivos Específicos</b> .....	<b>32</b>
<b>4. Metodología</b> .....	<b>33</b>
<b>5. Marco Teórico</b> .....	<b>35</b>
<b>5.1. Comunicación, construcción de común-unidad</b> .....	<b>35</b>
<b>5.2. Comunicación y Salud como campo compuesto y sus dos perspectivas de abordaje</b> .....	<b>36</b>
<b>5.2.1. Comunicación y Salud: más allá de la promoción sanitaria</b> .....	<b>36</b>
<b>5.2.2. Dos perspectivas de abordaje de la realidad para comunicar la salud</b> .....	<b>39</b>
<b>5.3. Los procesos de salud-enfermedad-atención dentro de los Modelos Médico Hegemónico y de Autoatención</b> .....	<b>40</b>
<b>5.3.1. El predominio del Modelo Médico Hegemónico</b> .....	<b>40</b>
<b>5.3.2. El Modelo desplazado</b> .....	<b>42</b>
<b>5.4. La progresiva medicalización de la vida, paradoja de la salud</b> .....	<b>43</b>

<b>6. Análisis</b> .....	<b>45</b>
<b>6.1</b> Comunicar-se: el arte de relacionarse con el paciente.....	<b>45</b>
<b>6.2</b> La telemedicina para los médicos: casi una dimensión desconocida.....	<b>49</b>
<b>6.3</b> El “autodiagnóstico”: una consecuencia del paradigma de la medicalización de la vida.....	<b>55</b>
<b>6.4</b> Internet: un lugar en donde “hay de todo”.....	<b>59</b>
<b>6.5</b> La decadencia de la figura del médico y la insuficiente relación con el paciente... <b>60</b>	
<b>7. Conclusiones</b> .....	<b>66</b>
<b>7.1</b> Hallazgos empíricos .....	<b>66</b>
<b>7.2</b> Consideraciones metodológicas propias de la investigación.....	<b>69</b>
<b>Referencias</b> .....	<b>71</b>
<b>Anexo</b> .....	<b>79</b>
<b>A.1.</b> Consentimiento informado.....	<b>79</b>
<b>A.2.</b> Guía de entrevista.....	<b>80</b>

*“[...] el mayor error médico consiste en intentar curar el cuerpo sin intentar curar el alma.”*

Platón, s.f.

## ~ Presentación ~

La presente tesina tuvo como objetivo principal analizar las características de la relación médico-paciente (RMP) en el marco de la telemedicina, desde la perspectiva de los profesionales médicos. Los objetivos específicos fueron describir las características de la comunicación con sus pacientes al aplicar esta Tecnología de la Información y Comunicación (TICs) e identificar las ventajas y limitaciones del uso de la telemedicina en la RMP.

Para responder a estos objetivos, se aplicó un diseño de estudio exploratorio-descriptivo y una estrategia metodológica cualitativa. Para la recolección de información se realizaron 16 entrevistas semi-estructuradas a profesionales médicos (8 mujeres y 8 varones) de hospitales públicos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de mayo y agosto del año 2017. Los profesionales pertenecían a grupos etarios diferentes y tenían distintas especialidades médicas. Para analizar las entrevistas se utilizó la técnica análisis de contenido.

Esta tesis está compuesta por siete capítulos. En el primer capítulo, **“Introducción”**, se presenta el tema, se explica el concepto y la práctica de la telemedicina. Además, se realiza un recorrido histórico para entender la evolución y cambios que sufrió la RMP, desde sus inicios hasta la actualidad. De esta manera, el capítulo se divide en dos grandes subcapítulos. El primero, aborda todo lo relacionado a la telemedicina y se organiza en dos apartados: “¿De qué hablamos cuando hablamos de telemedicina?” y “Las características de la telemedicina como medio de comunicación y las ventajas/ desventajas de su incorporación en la relación médico-paciente”. El segundo subcapítulo aborda y desarrolla la RMP bajo el subtítulo “¿Del paternalismo a la deshumanización?”.

El segundo capítulo, **“Estado del Arte”**, se organiza en cinco apartados. El primero, “Investigaciones sobre telemedicina y la compleja relación médico-paciente”, explica el criterio que se utilizó para el relevamiento de las investigaciones, que son antecedentes de esta tesina. En el segundo y tercer apartado, se presentan las investigaciones del contexto nacional: “Telemedicina en el contexto nacional” y “Relación médico-paciente en el contexto nacional”. En el cuarto apartado se relevan las investigaciones realizadas en otros países de América Latina sobre estas temáticas: “Telemedicina y relación médico-paciente en América Latina”. Por último, el apartado “Algunas conclusiones sobre la evidencia disponible sobre telemedicina

y relación médico-paciente en Argentina y América Latina” resume los principales hallazgos de esas investigaciones.

En el tercer capítulo, “**Objetivos**”, se describen el objetivo general y los objetivos específicos de este trabajo.

En el cuarto capítulo, “**Metodología**”, se describe la estrategia metodológica utilizada y las técnicas para la recolección de datos. Además, se describe las características que tuvo el trabajo de campo, se presenta la muestra de médicos que participaron y se detalla la técnica de análisis de contenido que se usó para analizar las entrevistas.

En el quinto capítulo, “**Marco Teórico**”, se presenta la intersección de ejes teórico-conceptuales que convergen en la presente tesina. Para dar cuenta de estos ejes, este capítulo se organiza en cuatro subcapítulos. En el primero, “Comunicación, construcción de común-unidad”, se recuperan concepciones comunicacionales y sus principales características para dar lugar al desarrollo de la comunicación y salud y se proponen dos modelos/perspectivas de abordaje de la realidad. Este eje se profundiza en el segundo subcapítulo: “Comunicación y Salud como campo compuesto y sus dos perspectivas de abordaje”. El tercer subcapítulo, “Los procesos de salud-enfermedad-atención dentro de los Modelos Médico Hegemónico y de Autoatención”, aborda las características principales de ambos modelos, el rol del médico en la RMP en el marco de ambos modelos y el papel de la tecnología como la herramienta que posibilitó que el Modelo de la Autoatención (MA) se presentara como una alternativa al Modelo Médico Hegemónico (MMH). En el último subcapítulo, “La progresiva medicalización de la vida, paradoja de la salud”, se presenta el concepto de “biomedicalización” y se problematiza los procesos de mercantilización de la salud.

En el sexto capítulo, “**Análisis**”, se desarrolla el análisis de contenido de las entrevistas semi-estructuras realizadas a los profesionales médicos. Este capítulo trata de dar respuesta a las preguntas de investigación y, para lograrlo, se organizó el trabajo en cinco subcapítulos. El primero, “Comunicar-se: el arte de relacionarse con el paciente”, presenta las concepciones y el valor que los médicos entrevistados le otorgan a la comunicación con sus pacientes, a la vez que se caracteriza lo que ellos llaman una “buena comunicación” y una RMP “ideal”. El segundo subcapítulo, “La telemedicina para los médicos: casi una dimensión desconocida”, adelanta la problemática que se presenta en torno al concepto de telemedicina, muestra cuáles son las prácticas que de ella hacen los médicos, sus opiniones y los cambios que, a su entender, producen la incorporación de las TICs en la RMP. El tercer subcapítulo, “El autodiagnóstico:

una consecuencia del paradigma de la medicalización de la vida”, desarrolla concretamente las experiencias de los entrevistados frente a pacientes que llegan a la consulta con un autodiagnóstico elaborado a partir de información que sacaron de Internet y las dificultades que esto les representa. El cuarto subcapítulo, “Internet: un lugar en donde hay de todo”, se aborda la opinión de los médicos entrevistados acerca de los contenidos que circulan en Internet y los portales que ellos utilizan para informarse. Por último, el quinto subcapítulo, “La decadencia de la figura del médico y la insuficiente relación con el paciente”, describe las opiniones de los entrevistados con respecto a las características de la RMP y el rol del médico en la actualidad.

Finalmente en el séptimo capítulo, “**Conclusiones**”, se presentan las principales conclusiones obtenidas del análisis de las entrevistas. Además, este apartado intenta solventar los interrogantes que se despertaron durante la elaboración de este trabajo y se presentan propuestas para quienes quieran seguir profundizando sobre este tema. Por ese motivo, este capítulo se divide en dos apartados: “Hallazgos empíricos” y “Consideraciones metodológicas propias de la investigación”.

## ~ Capítulo 1. Introducción ~

La relación médico-paciente (RMP) es inherente a la práctica de la Medicina. Sin embargo, en el marco del modelo biomédico, el vínculo y la comunicación entre médico-paciente ocupó siempre un lugar secundario. Como consecuencia del deterioro generado en la RMP, se fue generando en los ámbitos de la Medicina una mayor preocupación por conocer el modo en el que se desarrolla la comunicación médico-paciente, ya que puede influir en el resultado esperado de una intervención médica (Schvartz, 2011; Cófreces, Ofman, y Stefani, 2014). Con la incorporación de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) como medio de comunicación en el marco de la RMP, este interés se profundizó.

En la actualidad, la inclusión de las TICs en las Ciencias Médicas es una temática que genera muchos debates y estudios alrededor de su ejercicio. Estos debates generan interrogantes a la hora de analizar la RMP, dado los cambios que la mediación de la tecnología produce en dicha relación: el médico presta sus servicios a través de las TICs y el paciente acepta ser atendido a través de esta tecnología. En la actualidad, este debate se ha extendido a nivel mundial pero se nota un mayor interés y dedicación en algunos países de Europa Occidental y Estados Unidos porque han sido pioneros en el uso de la telemedicina (Ruiz Ibáñez, Zuluaga de Cadena y Trujillo Zea, 2007).

La telemedicina se define como la práctica en la que se suministran diversos servicios vinculados a la salud a través de las TICs, que incluyen el desarrollo de investigaciones, la formación permanente de los equipos de salud y el intercambio de información para la prevención/diagnóstico de enfermedades en el marco de la RMP o entre profesionales de la salud, en pos de mejorar la atención de la salud de las personas y de la comunidad en las que estas viven (WHO, 1998). La telemedicina es considerada una de las mayores innovaciones de los servicios sanitarios, no sólo desde una perspectiva tecnológica sino desde una perspectiva social y cultural ya que facilita el acceso y mejora la calidad de los servicios de salud (OPS, 2016).

En Estados Unidos, la Facultad de Medicina de la Universidad de Nebraska fue pionera en la implementación de la telemedicina en el año 1959 (OPS, 2016). De esa experiencia surgieron investigaciones relacionadas con el uso de la telecomunicación visual en la salud, más específicamente esto se dio en el campo de la psiquiatría (UNMC, 2018). En el año 1955, la Dra. Cecil Wittson, quien estaba a cargo del Instituto de Psiquiatría de Nebraska, ya

implementaba cursos de telecomunicación y telepsiquiatría entre el Hospital de Nebraska y otras regiones o estados cercanos. La práctica de uso de la telemedicina consistía básicamente en ver a través de la televisión el funcionamiento de sesiones de terapia de grupo en hospitales a distancia (UNMC, 2018).

El uso de la telemedicina se incrementó y adquirió mayor desarrollo a partir de la aparición de Internet en la década de 1960. Esto posibilitó el incremento de la práctica de la telemedicina en el ámbito de la asistencia sanitaria y, dado que Estados Unidos fue pionero en el uso de Internet, es hoy en día el país donde más se ha extendido el uso de esta tecnología.

En América Latina, la telemedicina comenzó a aplicarse a fines de la década de 1980. En un inicio, los proyectos fueron básicamente estrategias individuales por parte de organismos privados o profesionales entusiastas de la informática que vieron en el uso de las incipientes TICs herramientas que podrían facilitar la atención, el diagnóstico o el acompañamiento de los casos a distancia (Chueke, 2015). En Argentina, una de las primeras instituciones en implementar un proyecto vinculando al uso de las tecnologías en la salud fue el Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan”, el cual desde el año 1997 lleva adelante un programa de telemedicina que alienta el acceso igualitario a los servicios de salud. En la actualidad, el Hospital Italiano de Buenos Aires también posee un Departamento de Informática en Salud que realiza diversos proyectos de telemedicina (Chueke, 2015).

En los inicios de la telemedicina, los objetivos propuestos para su uso fueron bajar la cantidad de consultas de pacientes que llegaban a los hospitales y facilitar el acceso que aquellos pacientes que se veían imposibilitados o tenían dificultades para acercarse y seguir un tratamiento determinado en un servicio de salud. En la actualidad, la telemedicina ha tomado como compromiso dar soluciones a los retos que los cambios socioeconómicos plantean a los sistemas sanitarios en el Siglo XXI. Se presenta como una solución a las problemática del acceso a la salud, la demanda creciente de los pacientes sobre la mejora en la calidad de atención y como modo de mejorar la eficacia de los servicios de salud (OPS, 2016).

Es reciente la preocupación que tienen muchos profesionales de la salud sobre los cambios en la RMP, a partir de la incorporación de las TICs en las prácticas médicas. Esta preocupación se ha manifestado en la publicación de diversos artículos de opinión y ponencias en conferencias o seminarios realizadas en el ámbito de la medicina, la sociología y la psicología. Sin embargo, pese a la gran existencia de artículos de opinión, son escasos los

trabajos de investigación que den cuenta de la nueva dinámica en la RMP introducida por el uso de las TICs y, específicamente, por el uso de la telemedicina.

Esta tesina se propone realizar un aporte que dé cuenta del impacto y los cambios en la comunicación generados por la incorporación de las TICs en la RMP, específicamente en lo que refiere al uso de la telemedicina. Para conocer algunas de las perspectivas de los profesionales de la salud sobre esta nueva dinámica de comunicación, se entrevistó a 16 médicos de CABA que tenían distintas experiencias en la adopción de esta tecnología en su práctica diaria: aquellos que comenzaron su carrera profesional utilizando la telemedicina, los que debieron incorporarla y los que no están de acuerdo o no se acostumbran a implementarla en las consultas con sus pacientes.

## **1.1. Telemedicina**

### **1.1.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de telemedicina?**

En los últimos treinta años, las TICs impactaron en cada mínimo aspecto de la vida de las personas y, por ende, los grandes campos disciplinarios no estuvieron exentos. Uno de los campos más afectados fue el de la Medicina, donde el impacto de la incorporación de las TICs tuvo aspectos positivos y negativos. Las TICs alteraron el modo en que funcionan los campos de la salud y, más específicamente, la RMP porque su uso implica nuevos canales de comunicación, en detrimento o pérdidas de otros canales comunicacionales.

Es tan amplio el flujo de información que circula por Internet que los pacientes suelen auto-diagnosticarse, situación que genera un incremento exponencial de las consultas médicas. Como consecuencia, muchos médicos recurren a nuevas modalidades de consulta tales como el correo electrónico y la aplicación para dispositivos móviles “*Whatsapp*”. Estas nuevas consultas, caracterizadas por un intercambio de información y/o atención de la salud cuando no hay una coincidencia de espacio físico y/o temporal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como “telemedicina”, que tiene además múltiples variantes: teleasistencia, teleconsulta, teleinterconsulta, televigilancia, telerobótica, telegestión y telecapacitación, entre otras. Para ser más precisos, se llama telemedicina al

“suministro de servicios de salud, en donde la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que usan las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos válidos para diagnósticos,

tratamientos y la prevención de enfermedades o lesiones, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de salud y en actividades de investigación y de evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de la comunidad en que viven” (WHO, 1998, p. 10).

En esta tesina se empleará el término telemedicina en forma general; es decir, para referir a la atención médica en un ámbito institucional mediante una conexión inter e intra hospitalaria para el desarrollo de cirugías, diagnósticos u otros procedimientos médicos; y para el cuidado de la salud a distancia mediante la conexión del paciente con el médico encargado del seguimiento de su caso (comúnmente llamado telesalud o telecuidado). Se podría decir que en la telemedicina confluyen las TICs y los servicios de salud. Esto significa que la evolución y mejora en algunos de ellos puede tener un potencial impacto en el perfeccionamiento del uso de los servicios de telemedicina.

Es importante aclarar que la telemedicina tiene una fuerte implementación en los países de altos ingresos (Estados Unidos y algunos países europeos), mientras que en América Latina su implementación es muy reducida. Si bien Argentina fue pionera en el uso de la telemedicina, a través de una experiencia realizada en agosto de 1950 en el marco del VII Congreso Internacional de Cirugía (Toro Sosa, s.f.), son pocas los servicios de salud que cuenten con áreas específicas para desarrollo de esta práctica de manera institucionalizada. Entre esas experiencias, se encuentran la del Hospital de Pediatría SAMIC “Prof. Dr. Juan Pedro Garrahan” y el Hospital Italiano de Buenos Aires. El primero, cuenta con un área que se encarga del desarrollo e implementación de proyectos de teleasistencia, teleeducación y telegestión, que tienen el objetivo de fomentar el acceso a la salud de los pacientes que viven en sitios remotos. El segundo, cuenta con un departamento de informática en salud que lleva a cabo varios proyectos de telemedicina. Entre ellos, telerehabilitación para que el paciente pueda realizar los ejercicios en su casa utilizando sensores de movimiento similares a los de los videojuegos; teleconsultas para una atención sincrónica; y teleradiología para que los especialistas en diagnóstico por imágenes puedan diagnosticar estudios en línea fuera del hospital.

### **1.1.2. Las características de la telemedicina como medio de comunicación y las ventajas/desventajas de su incorporación en la relación médico-paciente**

Como se desprende de lo desarrollado anteriormente, la telemedicina es un concepto que engloba diferentes prácticas que incluyen la utilización de las TICs en la salud. De esta manera, la telemedicina puede ser considerada un medio de comunicación. José Luis Fernández define como medio

“a todo dispositivo técnico o conjunto de ellos –con sus prácticas sociales vinculadas- [que] permiten la relación discursiva entre individuos y/o sectores sociales, más allá del contacto ‘cara a cara’ (entendiendo a este último como coincidencia espaciotemporal y posibilidad de contacto perceptivo pleno entre los individuos y/o sectores vinculados)” (Fernández, 1994, s.p.).

Fernández (1994) resalta que debe rescatarse de esta definición el aspecto relacional, desde el cual se permiten vincular diferentes modos de emisores y receptores, y el aspecto de la construcción de dimensiones de tiempo y espacio sociales, que son diferentes según el medio utilizado. Con ello, el autor explica que es la interacción entre el aspecto relacional y las dimensiones de tiempo/espacio social lo que hace la especificidad de cada medio de comunicación. La particular interacción entre ambos aspectos implica potencialidades y limitaciones del uso de los medios.

Araujo de Cendros & Bermudes (2009) relevaron las potencialidades y limitaciones de las TICs. Estas aplican a la telemedicina:

#### ➤ *Potencialidades*

- Es inmaterial, lo que permite trabajar con una gran cantidad de información de forma simultánea.
- Es interactiva, lo que permite una relación sujeto-máquina adaptada a las características de los usuarios.
- Es instantánea, lo que facilita trascender barreras temporales y espaciales.
- Es innovadora, va siempre en busca de la mejora y la superación cualitativa y cuantitativa.
- Es digital, permite transmitir imagen y sonido.

- Es diversa, lo que posibilita que pueda desempeñarse en diferentes funciones.
- Es automática y permite la interconexión entre diferentes usuarios ampliando su alcance.

➤ *Limitaciones*

- Requiere competencia tecnológica y actualización profesional.
- Debe contar con una estructura y estrategias de implementación que garanticen su buen funcionamiento.
- Necesita apoyo técnico.
- Muchas personas se resisten a utilizarla.
- Su desarrollo requiere inversión económica.

Por otro lado, otros autores han relevado las ventajas y desventajas de la incorporación de la práctica de la telemedicina en los servicios de salud (Soriano Torres, Lugo, Jorge Fernández y Mérida Hernández, 2010; Rabanales Sotos, Párraga Martínez, López Torres-Hidalgo, Pretel y Navarro Bravo, 2011):

➤ *Ventajas*

- Facilita la equidad en el acceso a los servicios sanitarios.
- Proporciona atención médica especializada en aquellos lugares donde no disponen de ella.
- Reduce gastos e incomodidad por desplazamiento de los pacientes y/o de los profesionales de salud.
- Reduce los tiempos de espera para el diagnóstico y el tratamiento.
- Facilita el manejo temprano del paciente, previo a la llegada de los equipos de emergencia o traslados en ambulancia.
- Permite que los profesionales de la salud mantengan un contacto continuo entre ellos.
- Mejora los circuitos de transmisión de información.

➤ *Desventajas*

- Menor exactitud de ciertas imágenes transmitidas, si las TICs no son las adecuadas.
- Aspectos ligados a la seguridad y la confidencialidad de los datos transmitidos.
- Aumento de la demanda a los especialistas.
- Riesgo de pérdida de datos e imágenes debido a la compresión de los datos.
- Necesidad de contar con tecnología e infraestructura que estén lo suficientemente desarrolladas para soportar la implantación de la telemedicina.
- Reducción de la RMP por limitantes físicos o mentales que dificulten la adecuada utilización de esta TICs; despersonalización por una alteración en la percepción o experiencia concerniente a la tecnología; y reducción de la confianza entre el médico y el paciente.

## **1.2. La relación médico-paciente**

### **1.2.1. ¿Del paternalismo a la deshumanización?**

A lo largo de la historia, muchas fueron las maneras en que los médicos y pacientes se relacionaron entre sí. Conforme a cómo avanzaban la Medicina y la Sociedad, se definían los roles de médicos y pacientes. Hay muchos trabajos al respecto, investigaciones históricas que demuestran que la RMP presentó notables modificaciones en los últimos treinta años, más que en los veinticinco siglos anteriores. Para comprender mejor esto, es necesario mencionar brevemente las principales formas de relacionarse entre médicos-pacientes y viceversa.

El libro *“La relación médico-enfermo: historia y teoría”* posicionó al médico Laín Entralgo en el principal referente de la RMP. En esta obra, el autor realizó un exhaustivo recorrido histórico desde el período hipocrático de la Antigua Grecia del siglo V, pasando por la época Romana y Edad Media, hasta la década de 1960 cuando se publicó la primera edición del libro. En ese trabajo, Laín Entralgo (1983) identificó cinco momentos fundamentales en la RMP, los cuales analizó en cada época histórica:

- *El fundamento de la relación:* refiere al primer vínculo que une al médico con su paciente, lo que lleva al enfermo a buscarlo y lo que lleva al médico a querer ayudarlo. En este momento aparece la “ayuda espontánea” como

fundamento y germen de la RMP, la cual se basa en el “instinto de auxilio” que opera en el alma humana.

- *El momento cognoscitivo:* momento en que existe un diagnóstico, por lo que podría decirse que existe un conocimiento del resultado de la relación entre la mente activa del médico y la realidad del enfermo. El diagnóstico es social porque el enfermo se encuentra dentro de una sociedad determinada. Esto debe ser tenido en cuenta por el médico para llegar a una mayor comprensión de su dolencia.
- *El momento operativo:* tiene que ver con el tratamiento, que no sólo se refiere a lo técnico sino también a un ejercicio terapéutico que lleva a cabo el médico en sus encuentros con el enfermo.
- *El momento afectivo:* ambas partes aportan algo a la relación. El enfermo aporta su mayor o menor confianza en la Medicina y en la persona que la ejerce y el médico aporta el interés, la misericordia y voluntad de ayuda técnica que muchas veces tiene que ver con el prestigio y el lucro por su actividad.
- *El momento ético-religioso:* la relación entre el médico y el enfermo tiene que ver con la moral debido a que es constitutiva del acto humano. Sea por la razón que sea: ya sea el “para qué” de querer salud por parte del enfermo como el compromiso moral del médico de ayudarlo. Es así como la RMP muestra su esencia ética, que no es igual en toda época debido a que la ética descansa en una visión religiosa que varía a lo largo del tiempo.

Laín Entralgo (1983) sostiene que la RMP se basa en estos momentos principales que deben ser estudiados teniendo en cuenta la realidad social e histórica en la que se desarrollan, sólo así podrá entenderse la razón de tal relación y sus características particulares. De todas formas, sostenía que independientemente de diferencias particulares y propias de cada momento, la RMP es ante todo una relación de amistad, que surge de la benevolencia hacia el prójimo. Ya lo proclamaba una sentencia helenística: “donde hay *philanthropié* [amor al hombre en cuanto hombre], hay también *philotekhníe* [amor al arte de curar]”.

Siguiendo la línea de trabajo de Laín Entralgo, Mark Siegler (2011) relevó los principales aspectos de la RMP, desde la Antigua Grecia hasta la mitad del Siglo XX, y organizó en cuatro etapas la particularidad que esos procesos tuvieron en la Medicina

Occidental: “edad del médico”, que es la edad del paternalismo; “edad del paciente”, que es la edad de la autonomía; “edad del financiador”, que es la edad de la burocracia médica; y la última etapa, que se relaciona con la toma de decisiones compartidas por el médico y el paciente, que vendría a ser la característica que la RMP tiene en la actualidad (Siegler, 2011).

La primera de las edades de la medicina, la del **paternalismo**, es la que más perduró hasta ahora. Se extendió desde el siglo VI y V a.C., cuando se constituyó la Medicina como “técnica”, hasta la década de 1960. Está caracterizada por el autoritarismo y control del médico que derivaba en una total dependencia del paciente. La comunidad depositaba toda su confianza en el médico y su saber técnico. Esto se basaba en una tradición sacerdotal, en la que por su formación, el médico adquiría saberes que le daba la autoridad ética y moral de opinar e informar sobre ciertos temas. Aunque ya no se trataba de una Medicina basada en fuerzas sobrenaturales, el médico continuaba manteniendo ciertos rasgos característicos de los “médicos sacerdotes”, como lo era el no estar sometido al derecho ordinario; regirse por su propio código ético basado en los principios de la beneficencia; la obligatoriedad del secreto profesional; la conservación de la santidad y pureza en la vida; entre otros rasgos. Si bien se puede constatar que fueron años de escasos avances médicos donde la técnica quedaba ineficaz ante ciertas patologías, fue una edad que perduró porque supo satisfacer a las personas que seguían depositando su confianza en los saberes del médico (Siegler, 2011).

Finalizando el Siglo XVIII y a comienzos del Siglo XIX, la Medicina comienza a enseñarse en las universidades y se vuelve de a poco más laica. Sin embargo, seguía manteniéndose una relación vertical y asimétrica en la RMP: el paciente no tenía poder de decisión y debía obedecer. En 1803, surgió el primer código de ética médica que comenzó a regular a los demás códigos de las distintas instituciones y asociaciones. Sirvió como el principal instrumento de defensa de los valores y privilegios de los profesionales médicos. Pero, a mediados del Siglo XX, comienza a producirse una transformación en el ámbito de la Medicina ante el surgimiento de los seguros sanitarios de carácter público y jurisdicción nacional. Comienzan a surgir las especializaciones médicas y a integrarse en equipos de trabajo, por lo que el médico dejó de ser una figura privilegiada para ser un profesional más entre muchos otros. Esto puso fin por completo al llamado “rol sacerdotal del médico” (Siegler, 2011).

La segunda de las edades de la Medicina, comienza cuando se empieza a tomar mayor consideración del paciente como sujeto activo. Es la edad del **paciente**, en donde adquiere mayor autonomía gracias al avance de la Medicina y los cambios de paradigmas basados más

en la comprensión de la enfermedad y en el desarrollo de terapias médicas y quirúrgicas (Siegler, 2011). Lázaro & Gracia (2006) denominan a lo sucedido en esta etapa como la “rebelión del paciente”, ya que éste es quien “quiere ser reconocido en su condición de sujeto personal, quiere ser escuchado en su condición de sujeto lingüístico y quiere ser comprendido en su condición de sujeto biográfico” (Lázaro & Gracia, 2006, p.9). Tal es así que, en el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías, los médicos debieron comenzar a considerar aspectos más subjetivos y personales de los pacientes, los cuales influían y hasta determinaban cada caso clínico en particular. Este punto es importante porque se destaca la importancia de la subjetividad personal, un aspecto ampliamente trabajado por Sigmund Freud en sus diferentes casos patológicos; además de la necesidad de considerar la historia de cada uno para determinar la razón de su padecimiento, más allá de una cuestión puramente física (Lázaro & Gracia, 2006).

A diferencia de la etapa del paternalismo, en ésta cobró más importancia el tratamiento y la sanación, antes que la prevención y el cuidado. Era una época cuya retórica era más libertaria y consumista, por lo que los médicos actuaban como si fuesen proveedores de los pacientes, cobrando altos precios por sus servicios y actuando bajo las directivas de los pacientes, sin influir ni tomar las decisiones de éstos acerca de su tratamiento (Siegler, 2011).

Acompañando los múltiples avances técnicos que se fueron sucediendo en el ámbito de la Medicina, en el año 1973 la Asociación Americana de Hospitales aprobó una carta que reconocía los derechos de los pacientes a recibir información sobre su caso y a poder decidir sobre las opciones que tenían como adultos libres y autónomos (Lázaro & Gracia, 2006). En esta etapa también surgió lo que se conoce como “consentimiento informado”, un documento que es considerado un derecho personalísimo mediante el cual el paciente toma conocimiento de su enfermedad, los riesgos que ésta conlleva, las opciones de tratamiento que tiene y sus riesgos. Es un documento que explicita la voluntad del paciente a aceptar las prácticas médicas, voluntad que se concreta a través de la firma del consentimiento informado. Según Lázaro & Gracia (2006), el médico comienza a ser algo más parecido a un “asesor democrático” porque no puede tomar las decisiones que pueden tomar sus propios pacientes, por lo que sólo se dedica a diagnosticar a la persona y a informarla acerca de las opciones que tiene para iniciar un tratamiento. Esta idea perdura hasta la actualidad, pese a que esta edad de la Medicina no se extendió mucho tiempo porque facilitó el desarrollo de otra.

En el Siglo XX, se sucede la “edad de la **burocracia**” (Siegler, 2011). Esta etapa fue un enorme desafío para los médicos, ya que debían responder a las exigencias de los pacientes

así como también a los grandes financiadores de los servicios de salud, que solían ser entidades públicas. Es decir, ya no sólo importaba el bienestar del paciente sino también el de una comunidad o sociedad. De esta manera, los médicos debían cumplir con las exigencias de administrar eficazmente los recursos sanitarios, analizar los riesgos y beneficios de las intervenciones en el marco social y equilibrar las necesidades y deseos del paciente con las necesidades y deseos de la comunidad de la que formaban parte (Lázaro & Gracia, 2006).

Los pacientes no sólo se relacionaban con el médico sino que también con todo un equipo de especialistas, auxiliares, administrativos, etc. Por esto es que Lázaro & Gracia (2006) sostienen que es inadecuado seguir utilizando el término RMP porque más bien se trata de una relación entre el sistema sanitario-paciente. Sería inadecuado continuar hablando de una relación binaria, ya que siempre intervienen más de dos personas que no siempre pertenecen al ámbito médico sino a un ámbito externo a éste, como es el caso de las denominadas “terceras partes” que incluye a familiares, amigos, empleador, administración del hospital, consejeros espirituales, sistema judicial, etc. De esto se deduce que intervienen múltiples factores en la RMP: políticos, económicos, sociales, culturales y -en especial- aquellos que tienen que ver con las intenciones, la historia y la personalidad del paciente. Estos últimos tres, si bien son del orden subjetivo, el personal médico debe considerarlos.

De esta manera, llegamos a la cuarta edad de la Medicina, que se caracteriza por la **toma de decisiones compartida por el médico y el paciente** (Siegler, 2011). Se inició de una manera casi desapercibida: en el momento en el que se intensificaba la Medicina colaborativa y el Modelo de Autonomía, por lo que la atención comenzó a centrarse cada vez más en el paciente y en la toma de decisiones de manera participativa entre el paciente y el personal sanitario. Esto generó mejoras en la subjetividad del paciente porque comenzó a tener más confianza en sus médicos, lo que trajo aparejado la mejora en la adherencia a los tratamientos acordados con éstos y, además, un mayor nivel de satisfacción con la atención recibida. Como resultado de este proceso se evidenció una mejora en muchos pacientes con enfermedades crónicas (Siegler, 2011).

Este modelo de RMP es el que perdura hoy en día. Sin embargo, la RMP se fue debilitando cada vez más debido a los constantes cambios que se fueron sucediendo, especialmente por la incorporación de las TICs. Los cambios a los cuales debieron adaptarse los médicos no fueron sólo sociales y económicos sino aquellos generados por los procesos de mercantilización de su profesión. Además, los profesionales se enfrentan con pacientes cada vez más informados debido a la información que circula por Internet (El Día, 2016). Esto

presenta una dualidad. Si bien los pacientes están más informados -lo cual los hace sentir más seguros a la hora de visitar a un médico y discutir con él su diagnóstico y tratamiento-, muchas veces están mal informados y sus demandas y exigencias son injustificadas (ej. demanda de tratamiento innecesarios), lo que dificulta el trabajo del profesional.

Con respecto a la incorporación de las TICs en la práctica médica y de los sistemas de salud, se resalta que si no existen políticas públicas o no son bien planificadas y reguladas, pueden traer como consecuencia la deshumanización de la RMP (Rodríguez Blanco et al., 2013). Hoy en día asistimos a una progresiva despersonalización de la RMP, en donde muchas veces no hay tiempo de crear un lazo afectivo debido a las contantes demandas y exigencias de inmediatez y eficiencia.

## ~ Capítulo 2. Estado del arte ~

### 2.1. Investigaciones sobre telemedicina y la compleja relación médico-paciente

Para elaborar el estado del arte, se realizó un relevamiento de la literatura especializada sobre esta temática. La búsqueda incluyó tesis de grado y posgrado, publicaciones académicas, artículos científicos y ponencias presentadas en seminarios y jornadas en el ámbito nacional y regional, que cumplieran con los requisitos de investigación científica.

El relevamiento se realizó a través de buscadores especializados: PubMed<sup>1</sup>, Redalyc<sup>2</sup>, MEDLINE<sup>3</sup>, CLACSO<sup>4</sup>, Scielo<sup>5</sup>, BVS<sup>6</sup> y Google Académico. También se consultaron tesinas de grado publicadas en la carrera de Ciencias de la Comunicación Social de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Para realizar el relevamiento de la evidencia científica en el contexto nacional, se utilizaron estudios que indagaron sobre la RMP en el marco de la telemedicina. Como fue difícil encontrar investigaciones que se ocuparan específicamente de los cambios generados en la RMP a partir del uso de la telemedicina en Argentina, se reorganizó la búsqueda de los artículos a publicaciones específicas sobre cada temática en particular; es decir, se relevaron investigaciones sobre prácticas de telemedicina y estudios que indagaron la RMP, por separado.

En lo que refiere a las investigaciones desarrolladas en el contexto internacional, se delimitó la búsqueda a países de América Latina, ya que estos países poseen similares características socio-económicas y culturales a las de nuestro país; además en estos países la telemedicina comenzó a aplicarse de manera más tardía en comparación con los países de América del Norte y Europa. Recién en los últimos diez años comenzó a verse una mayor apropiación de la telemedicina por parte de los médicos y pacientes en los países de América Latina. Es por esto que en dichos países fue más fácil encontrar estudios sobre la aplicación de las TICs en la RMP, en comparación a lo que sucede en nuestro país donde la literatura

---

<sup>1</sup> US National Library of Medicine.

<sup>2</sup> Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal.

<sup>3</sup> National Library of Medicine.

<sup>4</sup> Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

<sup>5</sup> Scientific Electronic Library Online.

<sup>6</sup> Biblioteca Virtual en Salud.

especializada giró alrededor del uso de estas TICs para la capacitación e intercambios de información entre profesionales médicos.

Se incluyeron en la búsqueda de la literatura especializada aquellos artículos que referían a experiencias de telemedicina en el marco de prácticas médicas de carácter general; es decir, que fueron excluidos aquellos artículos sobre el uso de la telemedicina con pacientes que sufren patologías crónicas específicas.

### **2.1.1. Telemedicina en el contexto nacional**

El relevamiento de la literatura especializada en Argentina sobre telemedicina se caracteriza por haber indagado su uso para la capacitación de equipos de salud o el armado de redes entre colegas para mejorar el diagnóstico temprano de ciertas enfermedades. Sólo en un estudio se pudo encontrar el uso de la telemedicina en el marco de la RMP.

Uno de los estudios que da cuenta del uso de la telemedicina para capacitaciones del personal de salud es el de Chattah (1998). Su investigación analiza el modo en que la tecnología fue aplicada en el Hospital Garrahan para realizar capacitaciones, ateneos e interconsultas, organizados por la Oficina de Comunicación a Distancia a pedido de los Jefes de Servicio. Los resultados de su investigación advirtieron un desconocimiento del lenguaje audiovisual que podía hacer fracasar los objetivos didácticos. Además, de un desconocimiento de los tiempos de la organización de la televisación. No obstante, Chattah (1998) destacó las potencialidades de las TICs y propuso un uso más participativo y democrático de las mismas. Este trabajo es relevante ya que fue pionero en indagar una de los posibles usos de la telemedicina: la capacitación a distancia de diversos equipos de salud.

Otro estudio pionero sobre el uso de las TICs para la capacitación de profesionales de la salud fue el realizado por Altrudi, Eurnekian, Gandsas, Silva y Silvestri (1998). Esta investigación evaluó el primer programa de videoconferencias con fines educativos, llevado adelante en un hospital público en Argentina. Se trató de la experiencia del Hospital Santojanni, que desarrolló 12 videoconferencias que incluyeron diferentes recursos, entre ellos sesiones científicas e intervenciones quirúrgicas. Esta experiencia sirvió para mostrar que la telemedicina es una herramienta útil para realizar capacitaciones, interconsultas con otros colegas a distancia y, además, que es rentable para hospitales públicos. Una experiencia similar fue analizada por Cubo et al. (2017). Los autores evaluaron una prueba de telemedicina (teleconferencias educativas) desarrollada en cuatro Facultades de Medicina de Argentina y

una escuela de Medicina de Camerún (África). El objetivo principal de esta experiencia era desarrollar un programa de teleeducación que permitiera sortear las barreras de acceso educativas (distancias, problemas físicos) de los estudiantes de Medicina. Se realizaron seis videoconferencias en tiempo real, que tuvo como destinatarios a 151 estudiantes, a los cual se les aplicó una evaluación sobre los conocimientos adquiridos. Los resultados de este estudio demostraron que la práctica de la teleeducación puede mejorar el conocimiento en las escuelas de Medicina en países de bajos y medianos ingresos.

Por otro lado, Livschitz (2014) analizó la participación de los profesionales médicos en una red de intercambio profesional, a partir del uso de una plataforma multimedial. El foco de su investigación estuvo puesto en la plataforma online “GGHH Connect”. Esta plataforma combinaba diversas TICs que posibilitaban la interacción y comunicación en tiempo real de una red social y la creación de contenidos para que los miembros de la red pudieran conectarse, compartir y trabajar juntos. Livschitz (2014) utilizó un abordaje metodológico basado en la investigación-acción-participativa. A través de entrevistas en profundidad y cuestionarios analizó el uso de la plataforma y el grado de participación. Sus resultados mostraron que aquellos profesionales que decidían participar de la red mostraban simetría y un grado de participación global.

También Lyons et al. (2017) describieron la creación de una red profesional, que tuvo como objetivo revertir el problema del diagnóstico tardío. Esta experiencia fue realizada por médicos del Hospital Universitario Austral. Para la creación de la red se implementó el uso de un correo electrónico, grupos de Google, capacitación de equipos de salud a distancia, videoconferencias y convocatorias del Ministerio de Salud de la Nación. Además se implementó un proyecto basado en el uso de la telemedicina para informar a los pacientes y capacitar a los proveedores de todo el país. Si bien este estudio no realizó un análisis sobre los resultados de esta intervención, muestran como las TICs son utilizadas como estrategias para intentar mejorar la problemática de los diagnósticos tardíos en la práctica médica.

Por su parte, el estudio de Borsini et al. (2016) fue el único hallado que analizó el uso de la telemedicina para capacitar profesionales para la implementación de esta TICs en el marco de la RMP. Los autores analizaron la experiencia de dos años de implementación de prácticas de telemedicina en cuatro clínicas de atención ambulatoria satelital del Hospital Británico de Buenos Aires. Para la realización de esta iniciativa se capacitaron a técnicos de las clínicas para el uso de esta tecnología que, luego, fue aplicada para la atención de 499 pacientes. Los

resultados del estudio mostraron que la telemedicina puede permitir a los equipos de salud identificar y diagnosticar enfermedades en pacientes de modo no presencial.

### **2.1.2. Relación médico-paciente en el contexto nacional**

Una de las primeras tesinas en abordar en profundidad la RMP dentro del espacio hospitalario en Argentina fue la de Schwartz (2007). Su trabajo buscaba dar cuenta de la comunicación en la RMP en el contexto de la Medicina Familiar. Para ello, utilizó una metodología cualitativa basada en la realización de entrevistas individuales semiabiertas a médicos y pacientes. Los resultados de su tesina mostraron que este tipo de comunicación terapéutica implica un sistema de interacción compleja y que es necesario llevar adelante una relación óptima en la RMP. Schwartz (2007) también destacó el rol de la comunicación no verbal en esta relación, la cual puede facilitar u obstaculizar la adherencia de los pacientes al tratamiento. Por otro lado, la autora encontró que ambos actores de la comunicación resaltaron la importancia del contacto físico y fluidez de la interacción para el entendimiento y buen funcionamiento del sistema médico. Además, muchos médicos afirmaron la necesidad de detenerse (dejar de escribir en la computadora o mirar los aparatos) para mirar a los ojos y escuchar lo que el paciente tiene para decir. Aseguraban que en todos los casos ese era el primer paso para comprender su dolencia y comenzar un tratamiento que buscaba ser efectivo.

En su tesis de maestría, Vidal y Benito (2010) desarrolla un profundo análisis sobre los modos en que se ha comprendido histórica y pedagógicamente la RMP y refiere a las habilidades y competencias comunicacionales en la Academia Médica. Destaca que el interés demostrado por la Academia sobre las humanidades médicas y la RMP resurge en la segunda mitad del Siglo XX como consecuencia de la crisis del paradigma médico hegemónico. Vidal y Benito (2010) halló también la existencia de una relación entre la comunicación deficitaria en la RMP con situaciones conflictivas (quejas formales o juicios por mala praxis). Además, la autora muestra las resistencias que aparecen ante la pérdida del humanismo en el ejercicio de la práctica médica:

“a medida que la preocupación por la pérdida del humanismo en el ejercicio de la profesión se ha incrementado, resurge el interés por la relación médico-paciente y aparecen intentos de enseñanza sistematizada de actitudes éticas y de habilidades de la comunicación que se ejercen en la entrevista clínica” (Vidal y Benito, 2010, p.26).

Cófreces et al. (2014) realizaron una revisión de la evidencia científica sobre la comunicación en la RMP publicada entre 1990 y 2010 en América Latina, Estados Unidos y Europa. El objetivo de esta revisión fue relevar los principales hallazgos de estudios teóricos y empíricos de estas investigaciones y su impacto en la satisfacción y adherencia del paciente al tratamiento médico. Los autores relevaron 143 artículos, de los cuales sólo 63 cumplieron los criterios de inclusión planteados en el diseño del estudio. Las principales conclusiones a las que arribaron fueron que la calidad del proceso comunicativo y la interacción médico-paciente ayudan al cumplimiento de los tratamientos. También hallaron que los abandonos de los tratamientos fueron más frecuentes en sistemas de salud con una atención centralizada, alta demanda, poco personal, demoras y atención menos personalizada. Por el contrario, una mayor adherencia se asoció con modelos de comunicación que consideran las actitudes, creencias, preferencias de los pacientes; los cuales permitían un proceso de negociación con mayor acuerdo y comprensión.

Petracci, Sánchez Antelo, Schwartz y Mendez Diz (2017) dieron un paso más al analizar la producción académica sobre la RMP en el período 1980-2015. El análisis de las publicaciones fue fruto de un trabajo de investigación llevado adelante entre el 2014 y el 2017. La muestra de estudio estuvo compuesta por 84 publicaciones, las cuales fueron leídas, discutidas y analizadas a través del programa Excel. El análisis de los resultados se organizó en torno a tres ejes: a) descripción de la literatura, donde se describieron variables para construir el estado del arte de manera temporal, geográfica y tipo de producción académica; b) caracterización de la RMP, que describe cómo cada publicación abordó dicha relación mediante un análisis cuantitativo de variables definidas previamente; y c) tematización de la RMP, donde a través de un procedimiento cualitativo se sistematizaron ejes conceptuales y debates sobre la RMP. Del análisis de los tres ejes se desprendieron aspectos que clasificaron por su carácter facilitador u obstaculizador de la RMP. Este estudio realizó un gran aporte para el análisis de la RMP, ya que retomó la problemática de la incorporación de las TICs en esta relación y llegó a la conclusión de que Internet puede resultar una herramienta facilitadora en la comunicación entre médico-paciente. Sin embargo, destacan que sin la capacitación adecuada no se puede garantizar equidad en el acceso y que puede suceder una mala interpretación de la información que genere confusiones y provoque una sobrecarga en el sistema de salud.

### **2.1.3. Telemedicina y relación médico-paciente en América Latina**

En lo que refiere a la literatura especializada sobre estas temáticas en Latinoamérica, diversos estudios indagaron sobre la aplicación e impacto de las TICs en la práctica médica. La extensa literatura se vincula a las dificultades de acceso a la salud que tienen las poblaciones de los países de la Región, debido a la escasez de recursos humanos y de servicios de salud y/o a su desigual distribución territorial. Las TICs se presentan como una solución a estas barreras de acceso a la salud, lo cual explica la existencia de diversas experiencias de implementación en estos países. En este apartado se abordarán las que se han considerado más relevantes por la metodología utilizada y las conclusiones a las cuales arribaron.

El relevamiento de la literatura especializada halló estudios que hicieron foco en la implementación de diversas TICs. Entre esas investigaciones, se encuentra la de Curioso Vilchez, Saldías y Zambrano (2002), que analizaron la implementación de historias clínicas electrónicas (HCE) en el servicio de emergencia y consultorios externos del Hospital de Cujone, ubicado Moquegua, República de Perú. El objetivo que perseguían era conocer la percepción que tenía el personal de la salud hacia las HCE y analizar la dinámica de la RMP con respecto a su uso y nivel de satisfacción. Curioso et al. (2002) llevaron a cabo un estudio descriptivo y observacional, el cual consistió en la aplicación de encuestas a 23 médicos, 13 enfermeras y 22 pacientes. Los resultados obtenidos por el estudio mostraron que el personal sanitario destaca que la mayor ventaja que encuentran con el uso de las HCE es que pueden ver todo el historial disponible del paciente (resultados de exámenes y consultas anteriores) pero admiten que no es fácil de incorporar su uso de igual manera para todos y que la RMP se ve perjudicada por la mediación de las tecnologías. Por el lado de los pacientes sucede algo similar, ya que si bien la mayoría se sienten satisfechos de que su médico utilice más tecnologías, esto a la vez les despierta incertidumbre e inseguridad ante la privacidad de su información. También reconocen que la RMP cambia al momento en que median las tecnologías.

En Colombia, Gómez Rendón (2006) analizó la implementación de las TICs en los sistemas de salud y su impacto en la RMP. En su tesis de maestría abordó este problema desde la perspectiva de la Teoría de la Agencia Administrativa. Para ello, realizó una evaluación descriptiva, a partir de la aplicación de un cuestionario estructurado que le realizó a médicos especialistas de diversas áreas y a pacientes en general. Los principales resultados de este estudio fueron que los médicos consideran que la sobreinformación con la que llegan los pacientes que utilizan TICs a las consultas no tiene que ser considerado como algo negativo,

por lo contrario, contribuye a que los especialistas deban estar siempre actualizados e informados. Lo mismo sucede con la utilización de los soportes tecnológicos de comunicación, ya que los médicos consideran que éstos contribuyen a la RMP durante y posteriormente a la consulta, en la medida en que le exigen al médico estar siempre atento y “en tema”. Pero destaca que las TICs provocaron un cambio en el rol del médico. La información que los médicos brindan a los pacientes, la comparan con la recibida por la herramienta tecnológica. Además, el autor destaca que son pocos los médicos que las incorporan como herramienta de comunicación con sus pacientes, en especial los que tienen mayor edad. Por último, los resultados de este estudio dieron cuenta de la necesidad de que las herramientas tecnológicas se socialicen para eliminar la brecha en materia de información.

Avella Martínez & Parra Ruiz (2013) realizaron una revisión del marco conceptual y normativo de la situación de la implementación de las TICs en el Sector Salud en Colombia. En su tesis de grado caracterizaron el manejo vigente de las TICs, comparando esta experiencia con la alcanzada en otros países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela). Las conclusiones de esta tesis evidenciaron la necesidad de formulación de políticas y estrategias por parte de los países de América Latina, priorizando la incorporación de las TICs porque, desde la opinión de las autoras, estas constituyen una herramienta potencial para reducir las limitaciones de acceso así como mejorar la eficiencia de los servicios de salud. Si bien Avella Martínez & Parra Ruiz no profundizaron sobre esta cuestión, aseguraron que aplicar las TICs en salud, en especial las redes sociales, ayudan a mejorar y fortalecer la RMP.

También se encontraron investigaciones que se enfocan en analizar cómo impacta la telemedicina en la RMP en una práctica médica específica. Éste es el caso del estudio llevado a cabo por Peña Fernández & Tápanes Daumy (2012). Los autores conciben la radiología como un ejemplo claro de la Revolución Científico Técnica de los últimos años, por ello analizaron cómo impacta en la RMP. A grandes rasgos, el objetivo que perseguían con este análisis era demostrar la importancia que tiene una buena RMP para las instancias diagnósticas y el desarrollo de cualquier tratamiento. Lo primero que hicieron fue hacer un recorrido histórico que mostraba cómo la Medicina fue adaptándose a los cambios de paradigmas sociales y científicos. La principal conclusión a la cual arribó el estudio fue que, si bien es cierto que el desarrollo tecnológico no fue acompañado de un consecuente desarrollo ético y moral, no es la tecnología la que deshumaniza la RMP sino el tipo de sistema social en el cual ella se ejerce y la deficiente formación bioética de los profesionales que se desempeñan en este campo.

Entre la literatura especializada se encontró un estudio mexicano que analizó la problemática de la adopción de la telemedicina por parte de los profesionales de la salud y los impactos en la RMP así como en la organización de los servicios. Sampedro Hernández (2013) se propuso comprender cómo influye la adopción de la telemedicina en el cambio de las estructuras técnicas y cognitivas de las organizaciones de salud y en las percepciones y toma de decisiones de sus especialistas, lo que influye en la RMP. Para ello, utilizó una metodología basada en el estudio de caso múltiple-exploratorio, siendo cada caso los proyectos en telemedicina de las unidades médicas. Realizó 14 entrevistas en profundidad a líderes de los proyectos, técnicos y médicos de las unidades. Los resultados de su investigación demostraron que, si bien las TICs efectivamente ayudan a mejorar la calidad del sistema de salud, éstas no son apropiadas por todos por igual, en especial a lo que refiere con la salud pública en donde es más difícil y tardía su implementación. Sampedro Hernández sostiene que cuanto más avanzada es la edad de los médicos, más cuesta que implementen las TICs a su actividad diaria, ya que eso significa tener que cambiar el modelo con el que trabajaron durante toda su vida. Un hallazgo interesante de este estudio fue que muchos médicos manifestaron como una limitación de la telemedicina la pérdida del contacto directo con el paciente.

#### **2.1.4. Algunas conclusiones sobre la evidencia disponible sobre telemedicina y relación médico-paciente en Argentina y América Latina**

El relevamiento de la evidencia disponible sobre esta temática da cuenta de que la investigación del uso de las TICs en la Medicina y su impacto en la dinámica comunicativa de los actores involucrados, es un tema que ocupa a la atención en gran parte de América Latina. En especial, en aquellos países donde las distancias geográficas funcionan como barreras de acceso de la población a los servicios de salud.

En lo que respecta al contexto nacional, si bien existe una preocupación creciente en el tratamiento de las TICs dentro de las consultas y prácticas médicas, no hay muchas investigaciones que profundicen el uso de la telemedicina en la RMP. Existe un vacío respecto a cómo la telemedicina es adoptada por médicos y pacientes para comunicarse entre sí, cómo el uso de esta tecnología modifica la RMP y qué nuevas dinámicas se generan en el vínculo médico-paciente. Por ello, esta tesina intenta realizar un aporte para conocer cómo es la comunicación en el contexto de la RMP, cuando es mediatizada por las TICs; es decir, qué

implicancias tiene en esa relación la utilización de herramientas como el mail y Whatsapp para comunicarse médicos y pacientes entre sí.

## ~ Capítulo 3. Objetivos ~

### 3.1. Objetivo General

- Analizar las características de la RMP en el marco de la telemedicina, desde la perspectiva de los médicos.

### 3.2. Objetivos Específicos

- Describir las características de la comunicación en la RMP en el marco de la telemedicina, desde la perspectiva de los médicos.
- Identificar los límites y las ventajas del uso de la telemedicina en la RMP, desde la perspectiva de los médicos.

## ~ Capítulo 4. Metodología ~

Para intentar dar respuestas a los objetivos de esta tesina, se aplicó un diseño de estudio exploratorio-descriptivo. Se utilizó una estrategia metodológica cualitativa para analizar las características de la comunicación en la RMP en el marco de la telemedicina, desde la perspectiva de los profesionales médicos. Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de entrevista individual semiestructurada, ya que es considerada la más óptima para permitir un margen más o menos grande de libertad para formular preguntas y respuestas (Sabino, 1992).

Dado que esta investigación se propuso analizar las características del uso de esta tecnología en general y no específicamente aplicado a una enfermedad, las entrevistas fueron realizadas a profesionales de diferentes especializaciones y grupos etarios, que trabajan en hospitales públicos y privados de CABA (Cuadro 1). La muestra de estudio fue no representativa. Para el reclutamiento se utilizó la técnica “bola de nieve” (Taylor & Bogdan, 1987), muchos de los contactos conocidos presentaron a otros.

Se consideró el criterio de “saturación teórica” (Glaser & Strauss, 1967). Cuando la información recopilada no aportó nada nuevo al desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis, se decidió dejar de entrevistar y cerrar la muestra. De esta manera, se realizaron un total de 16 entrevistas, divididas entre 8 varones y 8 mujeres profesionales médicos, los cuales tenían entre 27 y 71 años. La decisión de entrevistar a médicos pertenecientes a distintos grupos etarios apuntó al enriquecimiento del análisis, en la medida en que la formación y experiencias de cada uno pueden dar cuenta de sus diferentes visiones y vivencias respecto a la adopción de la telemedicina en la RMP.

Las entrevistas se concretaron en un único encuentro con una duración aproximada de 20 minutos; salvo en aquellos casos en los que el entrevistado justificaba sus respuestas compartiendo alguna experiencia en modo anecdótico y eso generaba que las entrevistas se extendieran a 60 minutos. El período de realización fue entre los meses mayo y agosto del 2017. Se realizaron en los consultorios privados y hospitales de CABA, en donde trabajan los entrevistados. En todos los casos, previo al inicio de la entrevista, firmaron un consentimiento informado, quedándose cada uno con una copia en donde figuraba el objetivo de la investigación y los datos de la investigadora. Se les informó del uso del grabador y en todos los casos manifestaron estar de acuerdo, siempre y cuando fuera para uso de la tesista dado el fin de la presente investigación.

Las preguntas del cuestionario se agruparon en las siguientes dimensiones: valor que los médicos le dan a la comunicación con el paciente; características de una RMP “ideal” para ellos; conocimientos y práctica de telemedicina que tienen; opinión sobre cambios producidos en la RMP al implementar la telemedicina; recepción de consultas de pacientes con un “autodiagnóstico” a partir de la lectura de fuentes de Internet; opinión sobre las prácticas de “autodiagnósticos” de sus pacientes; opinión sobre si notan cambios en el rol del médico en el marco de la RMP en los últimos años. El agregado de valor estuvo dado por haber realizado entrevistas cara a cara, lo que permitió incorporar la dimensión gestual y expresiva al momento de conocer las opiniones, reflexiones y anécdotas de los médicos sobre la relación con sus pacientes.

Para analizar los resultados de las entrevistas, se utilizó la técnica de análisis de contenido, la cual consiste en un “conjunto de técnicas sistemáticas interpretativas del sentido oculto de los textos” (Abela, s.f., p.22). Se realizó la interpretación del contenido manifiesto, se profundizó en su contenido latente y en el contexto social y cultural en el que se circunscribe.

**Cuadro I: Caracterización sociodemográfica de los entrevistados**

Nombre	Sexo	Edad	Especialización	Lugar de trabajo
Sandra	F	48	Clínica y Reumatóloga	Hospital público y consultorio privado
Marcelo	M	47	Clínico y Otorrino	Hospital público y consultorio privado
Gabriela	F	47	Dermatóloga	Hospital público y consultorio privado
Enrique	M	64	Pediatra	Hospital público y consultorio privado
María	F	27	Clínica	Hospital público y consultorio privado
Rodrigo	M	32	Traumatólogo	Hospital público y consultorio privado
Andrea	F	38	Ginecóloga y obstetra	Hospital público y consultorio privado
Eduardo	M	61	Neurólogo	Hospital público y consultorio privado
Amanda	F	71	Ginecóloga y obstetra	Hospital público y consultorio privado
Leonardo	M	28	Pediatra	Hospital público y consultorio privado
Daniela	F	28	Ginecóloga	Hospital público y consultorio privado
Miguel	M	36	Terapia intensiva	Hospital público y consultorio privado
Ana	F	38	Dermatóloga	Hospital público y consultorio privado
Mariano	M	58	Traumatólogo	Hospital público y consultorio privado
Mariana	F	31	Clínica	Hospital público y consultorio privado
Hernán	M	35	Traumatólogo	Hospital público y consultorio privado

Fuente: elaboración propia en base a la recolección de datos obtenidas en las entrevistas.

## ~ Capítulo 5. Marco Teórico ~

Para elaborar el marco teórico, se seleccionaron aquellas categorías pertinentes al problema de investigación de esta tesina. El marco teórico que en este apartado se describe fue el utilizado para el análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales médicos.

El primer apartado de este capítulo retoma concepciones comunicacionales, entre ellas el lugar que ocupa ésta dentro del sistema de salud, la importancia de los procesos de interacción y, en especial, de la comunicación entre médico-paciente. Vinculado a estas concepciones, en el segundo apartado se describe el campo de estudio desde el cual fue abordada esta tesina: el campo de la Comunicación y Salud (CyS). Además, se presentan dos perspectivas de abordaje de la realidad: el modelo informacional y el modelo relacional.

Como uno de los objetivos que persigue la presente investigación es describir las nuevas características de la RMP en el contexto actual, en el tercer apartado se recuperan dos de los modelos de atención propuestos por la Antropología Médica: el MMH y el MA. Del primero, se abordarán sus principales características, el rol del médico que subyace a este modelo y sus rasgos principales que se vincula a la medicalización de la vida. Esta última concepción es ampliada en el cuarto apartado de este capítulo. En lo que respecta al MA, se explican sus características, su posicionamiento como alternativa al MMH y el lugar que ocupa la tecnología como factor clave para que ella se posicione y predomine en las prácticas sociales actuales.

### **5.1. Comunicación, construcción de común-unidad**

En el libro *“Teorías de la Comunicación. Cuadros de época y pasiones de Sujetos”*, Alicia Entel (1994) presenta a la comunicación como una necesidad del ser humano de compartir, estar con el otro y saber que nos necesita. No por casualidad la etimología de comunicación tiene que ver con la palabra comunidad. Entel también refiere a la comunicación corporal, los gestos, miradas, movimientos como patrimonio de esa comunidad, la cual codifica el significado de lo que el otro “dice” con el cuerpo. La autora afirma que estos códigos son históricos y están en permanente transformación y que, a la hora de comunicarnos, también actúan un conjunto de mediaciones del orden físico, psicológico e instrumental.

Teniendo en cuenta lo fundamental del proceso comunicativo en la sociedad, en esta tesina se abordará la comunicación desde la perspectiva del campo de la CyS y desde una perspectiva relacional. Abordar la comunicación desde esta perspectiva implica entender la comunicación como interacción social, reconociendo que entre los actores de la comunicación existen *“complicidades, mutuos acercamientos, y satisfacciones, compromisos varios, aunque esta relación sea desigual”* (Alfaro, 1993, p.23).

En este trabajo los procesos de comunicación entre médicos-paciente se entienden a partir de la integración y articulación de sus saberes, la forma de comunicarse y dinámicas utilizadas, con una mirada contextualizada culturalmente. La comunicación es posible a partir de la confluencia de diferentes saberes de los interlocutores, quienes están situados social y culturalmente dentro de una dinámica particular, con sus características y habilidades propias, las cuales se ponen en juego durante el acto comunicativo. Es así como en el ámbito de la salud, la comunicación es el lugar en donde sucede la lucha por el poder simbólico y la construcción de la realidad. Por lo tanto, el campo que conforman la CyS es estratégico y permanece en constante movimiento impulsado por los diferentes intereses que se ponen en juego (Soares de Araújo & Cuberli, 2015).

## **5.2. Comunicación y salud como campo compuesto y sus dos perspectivas de abordaje**

La CyS supone la confluencia de estos dos campos que conforman un campo compuesto por políticas, conceptos y prácticas propias, en constante movimiento (Soares de Araújo & Cuberli, 2015). Por eso, a la hora de diseñar e implementar estrategias, es importante delimitar el tipo de abordaje de realidad que va a seguirse (Díaz, 2011). En este subcapítulo se presenta el campo de la CyS desde el cual se aborda esta tesina y las perspectivas instrumental y relacional de la comunicación, las cuales subyacen a los diferentes tipos de RMP.

### **5.2.1. Comunicación y salud: más allá de la promoción sanitaria**

Si bien en el presente trabajo interesa destacar lo que refiere a la comunicación en la RMP, la CyS es un campo de acción mucho más amplio que se ocupa de mejorar la calidad de vida de los individuos y comunidades, a través de las políticas de salud y estrategias

comunicacionales que utilizan distintos medios y canales de comunicación. En palabras de Soares de Araújo & Cuberli:

“Es un campo en permanente construcción, signado por variadas tendencias, que refiere tanto a la producción, la difusión o el análisis de temas de salud, como a la producción y aplicación de estrategias comunicacionales para la prevención y promoción de la salud de la población” (Soares de Araújo & Cuberli, 2015, p. 342).

Las autoras van más allá y dejan en evidencia la lucha de poder que se pone en juego en el campo de la CyS, al concebirlo desde una perspectiva bourdesiana, como “un espacio relacional y multidimensional en el cual fuerzas de desigual poder luchan para transformar o mantener sus posiciones” (Soares de Araújo & Cuberli, 2015, p. 338).

Obregón (2010) afirma que la CyS “no puede entenderse si no se entienden procesos de carácter social, cultural, económico y político”(Obregón, 2010, p.14). Esto se debe a que el propio campo de la comunicación conlleva todos estos componentes, los cuales expande dentro del amplio campo de la salud, volviendo dinámico el proceso de generación de teorías e investigaciones, que requieren estudiarse y superarse con la generación de otras nuevas, acordes a los nuevos contextos en los que se desarrollan. Petracci (2015) sostiene que la existencia de esta “heterogeneidad” de conocimientos es positiva, en la medida en que “de ella emergieron fortalezas del campo a través de una producción que permitió comprender procesos individuales y subjetivos sobre los comportamientos en salud, mejorar diseños y planificaciones institucionales y analizar críticamente procesos político-comunicacionales propios del espacio público” (Petracci, 2015, p.15).

Por todo esto es que se concibe a la CyS como un campo dinámico y heterogéneo en constante expansión. Siguiendo a Díaz & Uranga (2011), la salud se entiende como una realidad presente de las personas, un fenómeno social y subjetivo atravesado por procesos comunicacionales. Lo cual implica “pensar la salud, la enfermedad y la atención desde una perspectiva relacional que recupera los procesos históricos y considera que todo campo sociocultural es heterogéneo” (Lois, 2011, s.p). En este contexto, se concibe a la comunicación más allá de su utilidad instrumental. Se constituye en un proceso de carácter social que posibilita el reconocimiento, encuentro y diálogo de los diversos saberes, lo que ayuda a

consolidar articulaciones entre diferentes aspectos de la salud, permitiendo activar procesos de cambios que ayudan al bienestar de la población (Bruno & Demonte, 2015).

Relacionado con lo anterior es que aparece la interacción como un factor fundamental dentro del campo de la CyS, ya que se entiende como aquella que posibilita la efectiva comunicación entre los actores, en este caso, entre médico-paciente. Este proceso interaccional, muchas veces es sinónimo de relación, lo cual puede suponer un grado de afinidad entre las personas interactuantes. Ahora bien, si tenemos en cuenta que todo encuentro “supone «interactuantes» socialmente situados y caracterizados, y se desarrolla en un «contexto» social que imprime su marca aportando un conjunto de códigos, de normas y de modales que vuelven posible la comunicación y aseguran su regulación” (Marc & Picard, 1992, p.12), podríamos determinar que en el contexto sanitario, la interacción entre médico-paciente es dialéctica e implica una compleja trama relacional. Sin ir más lejos, José del Pozo-Cruz (2015) presenta la complejidad del campo de la CyS como “interacción social o socialización, reciprocidad de información, motivación personal, discusión, educación de comportamientos o conductas, o intercambios culturales” (del Pozo-Cruz, 2015, p.70). Esta interacción comúnmente se lleva a cabo en un contexto hospitalario o de consultorio, en donde tanto médicos como pacientes ponen “en juego” sus marcos de interpretación y significación.

Pintos (2001) explica que la CyS es un componente clave en el desarrollo humano y que, si bien la acción de los medios masivos y la tecnología es importante para llegar a la mayor cantidad de comunidades posibles, los sistemas de comunicación interpersonales “abren instancias de interacción (información y educación) propicias” (Pintos, 2001, p.134). Además, este tipo de interacción entre médicos y pacientes, por ejemplo, deben contemplar las diferentes realidades de las personas involucradas y “deben apuntar siempre al entendimiento en el marco de la producción e interpretación de sentidos” (Pintos, 2001, p.127).

De lo anterior se desprende que, en el contexto actual, el gran desafío de la salud es democratizar el acceso a los servicios de asistencia y de información, combatiendo la desigualdad social y propiciando una mayor participación ciudadana, todo esto acompañado por el diseño de estrategias de comunicación que lo propicien (Soares de Araújo & Cuberli, 2015).

### 5.2.2. Dos perspectivas de abordaje de la realidad para comunicar la salud

A la hora de diseñar estrategias de comunicación en salud, existen dos perspectivas o modelos de abordaje de la realidad (Díaz, 2011). Una de ellas es el llamado “modelo informacional”, el cual tiene un carácter más instrumental que se basa en las “teorías de la información” surgidas en las primeras décadas del Siglo XX. El otro, es el “modelo relacional”, que se basa en el pensamiento de las últimas décadas del Siglo XX, que ponen el foco en las relaciones sociales que construyen sentido.

Como su nombre lo indica, la primera de las perspectivas pone el foco en la información del mensaje. Es decir, adhiere al esquema lineal y simple de emisor-estímulo-respuesta. Las características de esta perspectiva se relacionan con la idea del conductismo de que el emisor es el protagonista y posee capacidades para influir en el receptor. El saber es la fuente del poder, por lo que consideran que los médicos poseen la capacidad de influir y dirigir las conductas individuales/colectivas y conciben a los medios masivos como actor primordial, junto con los médicos, para influir en la Sociedad.

“Este modelo de comunicación es el que ha mandado tradicionalmente en la RMP, en la que el personal sanitario ha establecido una relación desigual basada en su saber y reforzada a través de la simbología (la bata, el lenguaje inaccesible para los pacientes, etc.)” (Díaz, 2011, p. 37).

En cambio, el modelo relacional considera un esquema de comunicación compuesto por las instancias de producción, circulación y reconocimiento “que configuran, en la trama discursiva, una determinada realidad socio-cultural” (Díaz, 2011, p.39). Es así como en esta perspectiva se considera que se produce sentido en todas las instancias de la comunicación. Sin embargo, reconoce que hay determinados discursos y sentidos que tienen una mayor capacidad para ser aprehendidos, debido a que no todos ocupamos el mismo lugar en una sociedad. Por eso es tan importante para esta perspectiva identificar a los destinatarios que recibirán el mensaje, sus características, concepciones y cómo se relacionan con su entorno (Díaz, 2011).

Si bien daría la impresión que hoy en día la perspectiva instrumental permanece obsoleta, aún sigue sostenida por la práctica y formación profesional, en la cual faltaría un mayor desarrollo de las habilidades de comunicación interpersonal (Díaz, 2011).

### **5.3. Los procesos de salud-enfermedad-atención dentro de los Modelos Médico Hegemónico y de Autoatención**

El campo de la Antropología Médica realizó valiosos aportes para comprender el proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA), entendido como un hecho social y fenómeno colectivo de carácter histórico (Laurell, 1982). Uno de sus principales referentes, Eduardo Menéndez, conceptualizó modelos que permitieron analizar la relación entre la realidad construida como modelo y la historicidad de esa realidad.

#### **5.3.1. El predominio del Modelo Médico Hegemónico**

A partir de la identificación de ciertas características básicas de la biomedicina -que surgieron del análisis de estudios propios y de otros colegas- Menéndez logró mostrar la notable complejidad y diversidad de la biomedicina en términos de saber y de institución. Menéndez sostiene que, si bien los modelos pueden reducir la realidad, posibilitan una aproximación comprensiva a la biomedicina y a otras formas de atención de los padecimientos (Menéndez, 2012).

Otro de los conceptos retomados por Menéndez fue el de PSEA. Este concepto fue trabajado por el autor para tratar de superar las propuestas que sólo se focalizaban en la salud y la enfermedad. Para Menéndez (2012), toda enfermedad implica la existencia de formas de atención y prevención, que debiera ser buscada en las prácticas que los sujetos y grupos sociales realizan para atender esos padecimientos.

Las investigaciones de Menéndez analizaron el PSEA sobre la base de la dialéctica sujeto-estructura y en las relaciones de hegemonía y subalternidad entre los modelos de atención. Dos de los conceptos más conocidos del autor son el de MMH y MA.

Menéndez (1988) sostiene que en los ámbitos sanitarios predomina el MMH, entendido como “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica” (Menéndez, 1988, p.1). Este modelo se constituyó, desde el siglo XVIII, como el único modelo legítimo para hablar y tratar la enfermedad. De esta manera, desplazó a todas las creencias teóricas existentes hasta entonces reemplazándolas por el “conocimiento científico”.

Las principales las características del MMH son el biologismo, la a-historicidad y la a-sociabilidad. El biologismo es el rasgo estructural dominante, el que garantiza la cientificidad del modelo y subordina -en términos metodológicos e ideológicos- a otros niveles explicativos posibles. La a-historicidad está ligado a esto, ya que en el MMH se concibe que lo biológico no tiene historia, por lo que se lo separa de los procesos sociales y así evita poder verificar la importancia de los procesos no biológicos. La a-sociabilidad se relaciona a los otros dos, en la medida en que la Medicina puede reconocer en su práctica el componente social, sin embargo, no lo incorpora a su real aprendizaje (Menéndez, 1988). De esta manera, el MMH se centraba en los contenidos biológicos, sobre los cuales se basaba la formación y saber de los profesionales; el paciente era subordinado al médico y su saber se excluía, por lo que la relación era asimétrica. En lo que refería a la enfermedad, se presentaba como un hecho natural y biológico, por lo que era concebida como una desviación, una diferencia a la “normalidad” que estaría representada en la salud. Para “enderezar” esa desviación, se recurría a una solución pragmática a través de la medicalización para eliminar los síntomas.

El predominio fue legitimado discursivamente. Foucault (1996) sostiene que

“en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad” (Foucault, 1996, p.14).

Durante mucho tiempo, el discurso médico legitimó lo que se creía “verdadero”, “científico” y excluía lo que quedaba “por fuera”. De esta manera, el discurso de los médicos ejercía un “sistema de exclusión” de carácter histórico e institucionalmente coactivo (Foucault, 1996).

Desde los inicios del MMH, la RMP se caracterizó por una distancia marcada por el saber y poder en el discurso del médico por sobre el del paciente. De esta manera, se construyó una relación asimétrica entre el médico y el paciente. En esta relación, el médico se posicionó como sujeto de poder, que puede intervenir sobre un sujeto-objeto: el paciente. Esto sólo podríamos entenderlo de la manera en que lo presenta Foucault (1996) al mostrar que cada momento histórico posee sus propias configuraciones y orden que adopta el saber y dentro de los cuales se elaboran los objetos. El filósofo explica que en el momento en que la ciencia

comenzó a ocupar un papel hegemónico, el discurso científico se posicionó como el único legítimo y “verdadero”.

### **5.3.2. El Modelo desplazado**

Menéndez (1984) explica que en los últimos años el MMH entró en una crisis producto de sus propias limitaciones. Esto provocó que las personas vuelvan a recurrir a soluciones alternativas. El autor sostiene que estas soluciones “están sometidos a procesos de reapropiación constante por parte de los sistemas dominantes” (Menéndez, 1984, p.110) y hallan su funcionamiento en las diferentes tendencias autogestionarias, ya sea de grupos sociales estructurales como de propuestas políticas e ideológicas. A este fenómeno se lo llama “MA”, que el autor lo explica como

“las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez, 2003, 198).

Este fenómeno no deja de ser una consecuencia de la medicalización de la vida. Lo que explica el autor es que ambas alternativas proponen la apropiación del desarrollo científico y técnico por parte de los pacientes.

Al “MA”, Medina Cárdenas (1998) le pone un agregado y lo llama “autoatención doméstica de la salud”. El autor define este concepto como “la intervención que la población hace por su cuenta en la promoción de su salud y en la prevención, detección y tratamiento de sus enfermedades, sin participación directa de un sanador profesional” (Medina Cárdenas, 1998, p.734). Por eso este autor considera que el hogar es el primer lugar de atención sanitaria. Es el proceso desde que se manifiesta un padecimiento/anomalía en el hogar y en el que se formula una teoría acerca de lo que puede llegar a ser y se medica o decide emprender algún tratamiento recomendado por un familiar o amigo. Medina Cárdenas plantea que el capitalismo

lo que hizo fue conducir a tres modelos básicos de atención sanitaria: el MMH, cuyas características abordamos anteriormente; el Modelo Médico Alternativo Subordinado, el cual engloba las prácticas tradicionales de los países más aquellas que se generan como alternativa al MMH; y el MA, que explicamos brevemente en este apartado y el cual se asocia con la automedicación.

A pesar del avance de las TICs que, entre otras cosas, facilita que toda la información circule por “la red” y pueda ser consultada y utilizada por los pacientes, aún el médico continúa siendo posicionado como voz autorizada. Como plantea José del Pozo-Cruz (2015), este hecho sumado a las TICs, “hace que los profesionales de la salud enfrenten el desafío de convertirse en mejores comunicadores y, por ende, también usuarios y guías en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación” (del Pozo-Cruz, 2015, p.71).

#### **5.4. La progresiva medicalización de la vida, paradoja de la salud**

El concepto de “medicalización” se refiere a la “invasión de la medicina en aspectos de la sociedad y la vida que no son patológicos en sí mismos ni pasibles de tratamiento específico” (Aguilar Fleitas, 2015, p.262). Esto fue posibilitado en gran medida por los avances tecnológicos, los cuales permitieron contar cada vez con más instancias de diagnósticos que establecen patologías que antes no eran tratadas por los médicos y los cuales se extendieron hasta controles de rutina. Además, este proceso de medicalización tiene su base en un importante trabajo de marketing farmacéutico y propaganda médica. Esto se apoya en un poderoso aparato ideológico relacionado con la competencia médica y la comercialización de medicamentos, cuyo consumo se nos vuelve indispensable (Rodríguez Zoya, 2010). De esta manera, junto con el paradigma de la medicalización, se fue forjando el concepto de “biomedicalización”, el cual “supone la internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los individuos mismos, no requiriendo necesariamente la intervención médica” (Iriart, s.f, p.5). Este término deriva del concepto “biopoder” desarrollado por Foucault (1996) para referirse a una forma de gobierno que busca gestionar y controlar los procesos biológicos de la población. En este sentido, el poder y la vida son esferas que “se usurpan mutuamente en un movimiento donde el poder penetra el cuerpo -ya sea individual o colectivo- a través de la nervadura de la vida; y la vida, a través del cuerpo, se vuelve objeto de poder” (Foucault, 1996, p.6). Esto se corresponde con la relación entre poder, economía, sociedad y

Medicina, demostrando el componente histórico de ésta última, lo que la hace formar parte de un determinado proceso económico y de poder (Foucault, 1996).

Es así como la “biomedicalización” implica “la gobernabilidad y regulación de individuos y poblaciones a través de la reconstrucción del discurso hegemónico en el campo sanitario, al que se presenta como la nueva verdad científica” (Foucault, 1996, p.6). Se enfoca en la salud como un mandato moral que internaliza el autocontrol, la vigilancia y la transformación personal.

Esto genera una “paradoja de la salud”, la cual

“hace referencia a la constatación de que cuanto mayor es la situación objetiva de salud más son los problemas de salud declarados, y que cuanto mayores son los recursos empleados en salud mayor es la proporción de personas que se sienten enfermos” (Orueta Sanchez et al., 2011, p.151).

Además, existe una creciente fascinación por la tecnología que deslegitima cualquier saber anterior o valoración médica. Entonces, surge el interrogante de si esto no atenta contra la antigua y asimétrica RMP, en la medida en que parecería que el médico pierde, no sólo ese poder que poseía en el MMH sino también fuerza en su discurso.

## ~Capítulo 6. Análisis~

En este capítulo se realizará un análisis de las dimensiones que se indagaron en las entrevistas realizadas a los profesionales médicos. Primero, se abordará el valor que los médicos le dan a la comunicación con sus pacientes y cuáles son, en su opinión, las características que debe tener una RMP “ideal”. Luego se abordarán sus conocimientos y prácticas de telemedicina; así como sus opiniones sobre los cambios producidos en la RMP al implementar las TICs en el contexto sanitario.

Dado que de la mano del uso de las TICs deriva el autodiagnóstico con el que pueden llegar los pacientes a las consultas a partir de la lectura de fuentes de Internet, se presentará la opinión de los entrevistados sobre esta práctica y la información presente en la red. Por último, se buscará enriquecer el análisis aportando la opinión de los entrevistados con respecto a si en los últimos años notan cambios en el rol del médico dentro de la RMP.

### 6.1. Comunicar-se: el arte de relacionarse con el paciente

Con relación a la **valorización que los médicos le dan a la comunicación con sus pacientes**, el análisis de las entrevistas halló que la mayoría de los entrevistados coincidieron en que la comunicación, ya sea directamente con el paciente como con sus familiares (de acuerdo a la especialidad y cuadro del paciente) es fundamental para conocer al paciente y su historia. Esta no podría ser posible sin la entrevista “cara a cara”, donde se pone en juego lo corporal. Todo esto contribuye para los profesionales para poder elaborar el diagnóstico.

Independientemente de su especialidad, la mayoría de los médicos coincidieron en que sólo viendo la expresión corporal y escuchando el tono de voz del paciente, pueden advertir que algo sucede o que su dolencia va más allá del dolor físico.

*“La comunicación me parece que es lo más importante de toda la consulta. En principio, para conocer al paciente, para saber toda su historia. Es muy importante conocer todos sus antecedentes y eso me lo tiene que manifestar el paciente. Y yo tengo que hacer toda la interpretación de lo que me dice y qué es lo importante, qué no es importante, cómo lo expresa, desde cómo camina, cómo*

*se sienta, cómo me mira, si está arreglado, si está desarreglado, si está limpio, si está sucio, qué atención me pone... o sea, todo eso a mí ya me va dando noticias de cómo es la persona y me puede servir para un diagnóstico”* (Amanda, 71 años, ginecóloga).

*“...primero tenés que establecer un vínculo, no sé si afectivo, pero sí un vínculo por el cual se rompa el hielo y el paciente pueda contarte lo que le pasa porque, por ejemplo, un paciente puede venir con un dolor de cintura y deberse a una gran contractura por un problema personal o una suma de problemas que viene teniendo. Entonces, vos tratás a un paciente por una imagen de una columna y en realidad lo que tenés que tratar es otra cosa, y eso no lo podés saber si no tenés diálogo con el paciente”* (Eduardo, 61 años, neurólogo).

Esto mismo que plantearon los entrevistados en relación al lenguaje corporal de sus pacientes y forma de comunicarse, de alguna manera lo sintetiza Uranga (2006) cuando asegura que “la comunicación que hacemos de nuestra acción, el lenguaje que utilizamos, constituye el sentido y el contenido de nuestra acción” (Uranga, 2006, p.40).

La importancia de la lectura del lenguaje corporal también fue mencionado por los médicos para los casos en el que paciente no puede comunicarse directamente con ellos, ya sea por su estado crítico de salud o porque se trata de un niño o bebé. En estas situaciones, los profesionales plantean que es fundamental entablar una comunicación fluida con sus familiares directos, de manera que lo que ellos le digan en palabras y gestos corporales, pueda servir para su diagnóstico.

*“No sólo es comunicarle al paciente lo que le está pasando en su enfermedad sino que también él sepa expresarte qué es lo que le está pasando. Y muchas veces, nosotros no lo podemos entender o interpretamos cosas distintas, por eso la comprensión es esencial”* (Mariana, 31 años, clínica).

*“La información que vos podés sacar a través del familiar y del paciente, si está lúcido, es del 100% porque es lo que te va a guiar casi el tratamiento o el diagnóstico”* (Miguel, 43 años, clínico especialista en terapia intensiva).

*“La comunicación es fundamental, pero la comunicación personal con el paciente. En pediatría, la comunicación principalmente es con la mamá... Entonces es muy importante poder hablarle y escucharla...”* (Enrique, 64 años, pediatra).

Reconociendo lo fundamental de una comunicación clara y fluida con sus pacientes, existe consenso en que ésta debiera darse en un contexto de confianza y respeto. Los médicos resaltaron la importancia de interactuar directamente con el paciente y que, en ese “ida y vuelta”, siempre debe primar ciertos patrones: principalmente la confianza y el respeto, que debe ser recíproco entre los pacientes y los profesionales que los atienden.

*“Hay tres cosas que son fundamentales: confiabilidad, confidencialidad y el respeto. Que te vea, que haya un ‘feedback’ positivo y fluido. Así como sucede que no hablamos sólo de medicina y hablamos de la vida en general”* (Sandra, 48 años, reumatóloga).

*“La relación ideal debe ser persona a persona, cara a cara. No solamente preguntarle por la enfermedad por la que vienen a consultarte sino también por todo en general: su ámbito social, laboral... Entonces, no es solamente ‘me duele la cabeza’ y le recetas un analgésico, tenés que evaluar un montón de cosas alrededor del paciente y eso sólo podés hacerlo conformando una buena relación”* (María, 27 años, clínica).

De las entrevistas se desprende que la **buena comunicación**, entendida como el resultado de una relación de respeto, sinceridad y confianza que se da bajo una modalidad de entrevista, ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento y el seguimiento de las consultas por parte de los pacientes. Más allá del resultado obtenido, ambos actores de la comunicación, trabajan en conjunto por un fin común: hacer todo lo posible para que el padecimiento desaparezca. Sin nombrarlo directamente, todos hicieron referencia -en mayor o menor medida- a la importancia de la empatía. Ésta es entendida como una competencia humana compuesta por habilidades, destrezas y actitudes de las personas, necesarias para relacionarse los unos con los otros (Vidal y Benito, 2012).

*“Para entenderlo tenés que haber sido paciente sino no lo entendes. El paciente necesita el respaldo del médico, necesita que el médico lo entienda, que lo apoye, que esté. Que sepa que puede hacer una llamada para preguntarle si lo que está haciendo está bien y eso le da tranquilidad”* (Eduardo, 61 años, neurólogo).

*“Si yo considero como profesional qué es lo mejor para el paciente y los dos charlamos y acordamos en qué es lo mejor, en esa relación basada en el respeto y basada en la confianza especialmente, yo intuyo y confío en que ese paciente me va a responder a mí de la manera que espero. Pero todo hablándolo y consensuándolo”* (Rodrigo, 32 años, pediatra).

En todos los testimonios predomina una perspectiva humanista de la comunicación, aquella cuyo componente básico en el proceso es el componente humano y consiste en forjar relaciones más allá del mero acto de comunicar algo (Naranjo Pereira, 2005). Además, se hace hincapié en la existencia de un contexto “conformado por tres aspectos: el cultural, el situacional y el de urgencia” (Naranjo Pereira, 2005, p.2). Se tiene en cuenta la cultura del paciente, el contexto en el que creció y vive la persona que se está comunicando, sus creencias, temores, deseos, etc.; la situación en la que se encuentra al momento de la comunicación, sus pensamientos, estado psicológico, edad, etc.; y la urgencia que tiene de comunicarse en ese momento, sus necesidades, sentimientos, limitaciones, etc. Todos estos aspectos son de suma importancia para la perspectiva humanista de la comunicación.

Sin embargo, podríamos encontrar una diferencia con lo surgido en las entrevistas, en relación con las etapas en las que se propone el desarrollo del acto comunicativo de esta perspectiva. Se llega a esta conclusión debido a que en dicha perspectiva se concibe la “intensidad del involucramiento”, que se desarrolla en tres etapas: el reconocimiento, la aceptación del involucramiento, el afecto y la comprensión (Naranjo Pereira, 2005). Así, todo acto comunicativo que se lleva a cabo entre las mismas personas durante un tiempo deriva en una relación en las que se indagará sobre los sentimientos y pensamientos de cada uno mientras se construye un vínculo. En este sentido, si bien muchos médicos expresaron estar dispuestos a que esto suceda y hasta la RMP construida con los pacientes derivan en amistades por fuera del contexto médico, otros tratan de poner límites y no involucrarse, en especial cuando se trata de un paciente con un estado de salud muy delicado.

*“...esto es algo personal que me pasa a mí y lo he hablado con colegas también, nos pasa a veces que cuando hay pacientes con patologías complicadas o hay alguna complicación, no sé por qué, pero nuestra tendencia es a tratar de alejarlo al paciente, quizás por un tema de frustración personal. Lo atendes pero lo justo y necesario...”* (Hernán, 35 años, traumatólogo).

*“Yo he ido a comer a casa de mis pacientes, había un viejito italiano que siempre me decía ‘Doctora, yo no sé cómo agradecerle por lo que usted ha hecho’ y yo les explico que no hice nada, que sólo hago mi trabajo, pero no lo entienden, entonces quiso invitarme a comer a la casa y fui con mi hijo y marido”* (Ana, 38 años, dermatóloga).

*“Tal vez con algunos pacientes en particular con la que una hace una buena relación, terminé en contacto de manera personal con el tema ahora de Whatsapp, Internet, el mail y el Facebook, y terminas hablando de otras cosas que no son medicina”* (Mariana, 31 años, clínica).

Por otro lado, varios aspectos de la perspectiva humanista de la comunicación se condicen con lo que plantean Díaz y Uranga (2011) en la medida en que, dentro del campo de la salud, los autores resaltan la importancia de que el proceso comunicativo debe tener en cuenta que los sujetos se encuentran dentro de un “tejido social”, por lo que se encuentran situados en un contexto con características particulares, situaciones particulares, culturas particulares y necesidades particulares.

## **6.2. La telemedicina para los médicos: casi una dimensión desconocida**

La palabra “telemedicina” recibe otros nombres como “telesalud” o “eSalud”. Sin embargo, no siempre quiere decir lo mismo ni se conocen con claridad las prácticas que dichos conceptos pueden abarcar. En esta tesina, se decidió utilizar el término telemedicina para preguntarles a los médicos si sabían a qué se llama así. Y ocurrió algo inesperado. Sólo una minoría conocía el concepto y sus múltiples aristas. El nivel de conocimiento estuvo vinculado al grupo etario: los médicos que conocían el término tenían entre 60 y 70 años; los que conocían el término de manera vaga y les generaban dudas alrededor del concepto tenían entre 40 y 50; y los que dijeron desconocer el término fueron los médicos que tenían entre 25 a 35 años.

Paradójicamente a lo que se creería que sucediera –que los más médicos más jóvenes estuvieran más familiarizados por la práctica porque están más familiarizados con las TICs-, sucedió lo inverso.

*“El concepto es muy vago para mí, no lo conozco mucho, lo conozco más que nada para la capacitación médica o para las consultas intrahospitalarios para casos críticos”* (Mariana, 31 años, clínica).

*“Si, sé que tiene que ver con la utilización de la tecnología en el quehacer médico. También sé que va más allá de las capacitaciones e interconsultas a través de teleconferencias, que implica la nueva dinámica de comunicación con los pacientes después de las consultas”* (Mariano, 59 años, traumatólogo).

Si bien la mayoría de los médicos entrevistados no conocían el término, dijeron utilizar la telemedicina para capacitarse o intercambiar información con otros colegas. Esto último es muy utilizado por todos los entrevistados, ya que lo ven como una posibilidad que trajeron las TICs para conocer qué está pasando en otros países, obtener opiniones de otros colegas a distancia y recibir capacitaciones por parte de profesionales de todo el mundo. Sin embargo, la mayoría aclaró que no están de acuerdo con utilizar la telemedicina en el marco de la RMP.

*“Lo único positivo que le encuentro a la telemedicina es la capacitación que puedo recibir, el intercambio con médicos colegas de otras regiones y países... es como que uno puede desarrollar la medicina de otra manera pero con el paciente no la recomiendo, ni aunque eso signifique bajar la cantidad de gente que va al consultorio, no me importa, porque la información que el paciente saca de Internet también me complica”* (Sandra, 48 años, reumatóloga).

*“Hay casos muy excepcionales, por ejemplo, en el ámbito militar podés tener un especialista que esté a distancia del lugar en donde se encuentre el paciente a dónde vos no podés llegar y este sería el único caso en el que la telemedicina sería útil”* (Miguel, 38 años, clínico).

*“Lo que son teleconferencias e interconsultas sí, todo el tiempo, me parece una práctica muy necesaria y enriquecedora para tener otras opiniones y abrir la cabeza, capacitarse...”* (Mariano, 59 años, traumatólogo).

De las respuestas obtenidas se desprende un uso acotado de la telemedicina. Mejor dicho, un uso generalizado de lo que se relaciona con la capacitación a distancia y, en muchos casos, la práctica de lo que se llama la tecnología de almacenamiento y envío. Esto consiste, básicamente, en el almacenamiento de datos clínicos para su envío a otros centros médicos con el objetivo de realizar interconsultas.

De los 16 entrevistados, la mitad respondió un rotundo “no” cuando se les preguntó si ellos realizaban prácticas de telemedicina para comunicarse e interactuar con sus pacientes; es decir, lo que algunos llaman la “telemedicina interactiva”. Sin embargo, luego admitieron que sí lo utilizaban pero “bajo ciertas circunstancias” o cuando “no les quedó otra”. Es decir, todos en algún momento -más de lo que creían- realizaron o realizan prácticas de telemedicina con sus pacientes o mismo con conocidos que, en el momento en que le realizan consultas médicas, se convierten en pacientes. La mayoría justifica su uso cuando se trata “pacientes de muchos años”, con quienes existe “mucho confianza” o cuando existe una dificultad geográfica o física para acercarse al consultorio.

*“No, nunca la practiqué más allá de recibir capacitaciones online. En realidad, siempre algún conocido te pregunta algo por Whatsapp pero nunca le doy mi teléfono a los pacientes. Sino tendría que tener otro teléfono... una vez se lo di a uno de PAMI porque no venía la ambulancia y después me siguió llamando y pretendía que sin verlo le responda. Le habré dado a un par el teléfono pero nunca más. Además, ya sea responder consultas por Whatsapp o mail, sólo podrías hacerlo con alguien muy conocido que vengas tratando hace mucho, tu paciente de toda la vida” (Marcelo, 46 años, otorrino y médico de guardia).*

*“No, jamás. Consultas online no respondo. Lamentablemente a veces sí respondo Whatsapp, cosa con la que no estoy de acuerdo pero son sólo para ver si pueden venir con sobre-turno. Si me hacen alguna pregunta les digo que vengan a verme al consultorio. Salvo que se trate de una paciente mía de hace muchos años y me diga que no se acuerda qué dosis de medicamento le di. Si la conozco bien y sé que es responsable, eso se lo respondo. Pero sólo si existe una relación de hace años” (Sandra, 48 años, reumatóloga).*

De las entrevistas se evidencia mayor uso de la telemedicina en las médicas mujeres. Ellas mostraron una mejor aceptación a utilizarla sólo en los casos “especiales” y para facilitar ciertos trámites a sus pacientes, como la obtención de un turno o la lectura de un análisis de rutina. Los profesionales que admitieron utilizar esta TICs resaltan una de las ventajas de la incorporación de la telemedicina a los servicios de salud: “[facilitar] la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, proporcionando una atención médica universal de alta calidad, independientemente de la localización geográfica” (Rabanales Sotos et al., 2011, p.44).

Pero, en todos los casos, existen límites que coinciden. Sólo responden aquellas consultas menores, dan turnos o revisan resultados de análisis, siempre y cuando eso haya sido consensuado previamente.

*“No les doy a todos los pacientes mi contacto pero, en ciertas situaciones, especialmente en el hospital público, la dificultad para acceder a ciertos tratamientos, o a los recursos, o inclusive a los turnos que tardan tanto en obtenerlos, se utiliza muchísimo el Whatsapp o los medios de comunicación no personales, para informar al paciente cuándo están los tratamientos, darle algún turno en el medio para que pueda venir antes y controlarlo a tiempo... para eso”* (Mariana, 31 años, clínica).

*“Uso mail y uso Whatsapp y las pacientes muchas veces quedamos en que me pasan algún informe por teléfono y les contesto. Pero muchas veces siento que me quedo corta con lo que les digo al responder por mail o Whatsapp. Entonces, generalmente les explico lo más importante que tiene que saber y le digo que me llame por teléfono o que venga a verme para hablar personalmente. Pero uso estos medios porque muchas veces las saco del apuro o de la angustia”* (Amanda, 71 años, ginecóloga).

*“Trato de no dar mi teléfono pero a veces lo hago porque considero que hay pacientes que merecen tenerlo por distintas razones: pacientes que vienen del interior, se les pasó el horario y no me encontró en el consultorio... eso justifica que les de mi celular a un paciente que está muy mal o que no veo hace mucho tiempo”* (Eduardo, 61 años, neurólogo).

Diferentes fueron las opiniones cuando se les preguntó si la práctica de telemedicina era igual para los pacientes del hospital público que del consultorio privado. Algunos respondieron sin dudar que “sí”, por el simple hecho de que, generalmente, en el hospital público no es tan recurrente atender al mismo paciente debido a que, ante la alta demanda de atención, los pacientes son atendidos por diferentes médicos cada día y por eso no suelen llevar un seguimiento tan constante ni directo. Lo mismo con el hecho de que, en muchos casos, provienen de contextos socioeconómicos muy diferentes y el uso de las tecnologías no es homogéneo.

*“En el hospital no se da tanto esto porque es otro tipo de relación con el paciente, no suelen darse los teléfonos y muchas veces son poblaciones que no los utilizan tampoco, o donde viven son áreas que son de larga distancia... ni te pide el teléfono ni se lo das”* (Eduardo, 61 años, neurólogo).

Sin embargo, algunos, utilizaron los adjetivos “ubicados” y “respetuosos” para referirse a los pacientes de hospital público, en comparación a los del consultorio o clínica privada. Lo justificaron diciendo que quizás sea porque otras son sus prioridades y porque son conscientes de que se les está ofreciendo atención gratuita. Esta pregunta generó muchas reacciones faciales por parte de los entrevistados, sobre todo cuando se referían a los pacientes del ámbito privado. Muchos ni dudaron en marcar esta diferencia entre el paciente “que te paga y por eso pretende que estés siempre dispuesto” y, el del hospital público, “que suele saber esperar y respetar los tiempos de los médicos”.

*“Los más ‘desubicados’, por decirlo, son los que van al consultorio privado... además el trato es totalmente distinto. Los que vienen al hospital es como que te tratan distinto... la gente del ambiente privado es como que te tratan más como empleado así que si te tienen que llamar te llaman porque ‘yo te pago’”* (Hernán, 35 años, traumatólogo).

*“En general, suelo ser más ‘perseguida’ por los pacientes del consultorio privado, sobre todo por los de Belgrano. Es el paciente que se te ‘aviva’, el que no quiere ir al consultorio, que te manda los análisis para que vos los veas... y vos sentís que el paciente de hospital es distinto, que no tiene la avivada esa del*

*paciente de Belgrano... generalizando, claro, hay excepciones en los dos lugares” (Ana, 38 años, dermatóloga).*

*“...el consultorio privado está pensado y preparado para que el paciente te encuentre cuando y donde quiera, porque ‘te paga’, por eso no estoy de acuerdo en darles mi teléfono, porque la gente no entiende que por más que sea lo que vos elegiste y tengas vocación, no entienden que no deja de ser un trabajo y que tenés una vida y vos también sos persona” (Andrea, 38 años, ginecóloga).*

De esos testimonios se desprende una doble mirada de los médicos al interpretar que algunos pacientes, en especial mencionan a aquellos que acceden a la medicina privada, ven el acceso a la salud bajo una lógica de cliente o consumidor, mientras que aquellos que asisten a los hospitales públicos, la reconocen como un derecho humano. De esta manera, los que se manejan bajo la lógica del consumo, buscan cumplir sus expectativas y pretenden, según dejaron entender los médicos entrevistados, que el profesional esté dispuesto a cumplir con sus exigencias y necesidades.

Siguiendo la línea de lo planteado anteriormente, los entrevistados manifestaron tener la sensación de que muchos pacientes ven en la telemedicina el aval para que la consulta no termine nunca y siga incluso después de que éste se retira del consultorio. Parecería que esto a los médicos les genera incomodidad y, la mayoría, lo manifiesta rechazando la telemedicina por considerarla la “culpable” de que esto suceda. Por eso la negativa de éstos al preguntarles si la practicaban, cuando en realidad lo hacen casi inevitablemente, de diversas maneras.

*“...el paciente a veces interpreta que los Whatsapp son parte de la consulta y te pueden pedir o preguntar lo que quieran, cualquier día a cualquier hora. Por eso a veces me piden el celular y les digo que no” (Ana, 38 años, dermatóloga).*

*“Yo recibo Whatsapp y los contesto cuando es necesario. Porque, como yo soy un médico que atiende en el consultorio todos los días, yo le doy la posibilidad al paciente de consultarme directamente todos los días” (Enrique, 64 años, pediatra).*

*“... yo estando en la playa me llama un número desconocido, atiendo y me dicen: ‘hola, sí, quiero un turno’, ‘¿cómo un turno?! ¡Este es mi celular personal!’”* (Gabriela, 47 años, dermatóloga).

Es así como el análisis de las entrevistas encontró distintos posicionamientos entre los médicos: los que están a favor de la utilización de las TICs con sus pacientes, los que se oponen rotundamente a incorporarlas y los que toman una posición medida entre ambas posturas.

Los que están a favor encuentran en la telemedicina una posibilidad de seguimiento más continuo y diario con pacientes a los que sería imposible recibir cada día en el consultorio, ya sea por cuestiones relacionadas a distancias geográficas o por falta de tiempo. Además, aseguran que la telemedicina enriquece el intercambio profesional y posibilita la reducción de disparidades, mejorando la accesibilidad a salud de los pacientes.

Los que están en contra, argumentan que con la creciente utilización de las TICs se produce una “desinformación en la información”. El paciente lee e interpreta estudios que no entiende, se generalizan ciertos diagnósticos y se pierde el lazo afectivo; el “poder de la palabra”, que forma parte de la curación. Aseguran que se pierde el límite del tiempo de consulta, se “invade” la privacidad del médico extendiendo la consulta por fuera del espacio del consultorio.

Los que toman una posición media entre las dos posturas antes mencionadas, aceptan el uso de la telemedicina sólo en aquellos casos en que al médico le sea imposible tener una cita presencial con el paciente por falta de tiempo o ausencia y en aquellas situaciones en las que, debido al cuadro del paciente, se necesite la opinión de un colega, siempre y cuando exista el consentimiento del paciente.

Esta diferencia en la adopción de las TICs en la práctica laboral sanitaria pone en primer plano el desafío de generar estrategias de capacitación permanente destinadas a personal de la salud para facilitarles la incorporación de las TICs.

### **6.3. El “autodiagnóstico”: una consecuencia del paradigma de la medicalización de la vida**

Todos los entrevistados respondieron afirmativamente ante la pregunta de si sus pacientes solían llegar a las consultas con un “autodiagnóstico” formulado. Manifestaron

también que esta es una situación cada vez más habitual y responsabilizaron a la existencia de los buscadores de Internet, a quienes algunos referenciaron como “*Doctor Google*”. Los profesionales señalaron que esto suele ocurrir más con pacientes del consultorio privado que con los del hospital público.

*“Si, pasa muchísimo. Inclusive algunos vienen con muchísima más preocupación de la que deberían tener, pensando que les va a pasar algo mortal por lo que vieron en Internet. O inclusive vienen a pedirte el estudio que quieren que les hagas por lo que leyeron en Internet”* (Mariana, 31 años, clínica).

*“Si, siempre. En el ámbito privado especialmente, vienen con el autodiagnóstico que leyeron en Internet y te dicen ‘vengo a que me hagas tal cosa’, o usan términos médicos para decirte lo que tienen y te das cuenta que el término médico lo leyeron”* (María, 27 años, clínica).

*“...este tipo de cosas me pasan en el consultorio privado, en el hospital no. En el hospital vienen con un síntoma, una consulta, una preocupación... en el consultorio ya vienen con un diagnóstico formulado por ellos o la exigencia de que procedas de la manera que desean”* (Daniela, 28 años, ginecóloga).

Los médicos plantearon que, en muchos casos, surge un inconveniente cuando el “autodiagnóstico” no coincide con el diagnóstico elaborado por los profesionales. Aquí se genera una disputa entre el saber técnico y la información que circula en Internet. Esto está directamente relacionado con el proceso de “medicalización de la vida”, ya que la expansión de la red fomenta esta tendencia, lo que se agrava con la falta de consistencia en algunas fuentes de Internet que ocasionan malas interpretaciones y generan autodiagnósticos (Orueta Sánchez et al., 2011). Muchos de los médicos expresaron que “a causa de Internet” y “estas búsquedas” que realizan los pacientes ante la aparición de un síntoma, se les incrementa el trabajo.

*“...vos tenés que explicarle que lo que leyó en Internet es parte de la realidad médica. Entonces te lleva el doble de trabajo, perdés más tiempo explicándole que no es lo que leyó, es lo que interpretó... y la interpretación es médica, no del paciente”* (Eduardo, 61 años, neurólogo).

*“...cuando mi diagnóstico no coincide con el que ellos creían por leer en Internet, ahí es importante ponerse firme y seguro y decir ‘bueno, vos por ahí podés tener la información de Internet pero en Internet escribe cualquiera y vos no tenés la capacidad de discernir quién lo escribió, cuándo lo escribió y todo eso, y por algo los médicos seguimos existiendo y por algo vos me estás haciendo la consulta a mí’. No es simplemente por el hecho de haber estudiado, es súper importante la experiencia, yo no soy la misma de hace diez años, la experiencia es fundamental. Entonces yo con eso los freno y el que se pone terco con ‘no y no y no’, nada... ‘¿no te digo lo que querés escuchar? Bueno, que te trate el doctor Google’” (Ana, 36 años, dermatóloga).*

En este punto es cuando se valora la capacidad de la escucha y la palabra. Si bien todos admitieron tener la “dificultad” de encontrarse con pacientes que a las consultas llegan con un autodiagnóstico y discuten el elaborado por el médico, también reconocieron que, si se toman el tiempo de escucharlos y explicarles su opinión, el paciente suele entender y aceptar lo que le diagnostica e indica el profesional.

*“Y cuesta hacerlos entender, cuesta que te tengan confianza o crean más en vos que en Internet. Pero, generalmente, si vos durante la consulta los escuchas, prestas atención, te tomas el tiempo para hacerle un interrogatorio y revisarlo bien, por más que no coincida tu opinión con los que ellos venían creyendo, te entienden” (Hernán, 35 años, traumatólogo).*

*“Yo le doy mi perspectiva charlando, charlando y charlando más todavía, explicándole de qué manera yo leí que lo que me está diciendo está bien o está mal... Después la persona puede estar de acuerdo o no en lo que yo le digo. Pero bueno, para eso está la consulta” (Rodrigo, 32 años, pediatra).*

Por otro lado, este creciente uso de Internet por parte de los pacientes y la existencia de cada vez más material de consulta en la red, exige al médico estar más atento y “al día” con las últimas novedades en Medicina y lo que acontece en ciertos grupos, como blogs o foros, y en los buscadores.

*“Esto de que ahora el paciente venga cada vez más informado me exige a mí estar cada vez más atenta, miro y re miro y re miro todo. El tema es que Medicina no es tan dogmático, tan blanco o negro, no es así...”* (Gabriela, 41 años, dermatóloga).

*“...yo me meto para ver qué dicen los benditos blogs al respecto y hay un montón de mitos dando vueltas. Entonces yo prefiero que se anoten todas las dudas y que las traigan a la consulta para explicarles cómo es bien y dejarlos tranquilos a ellos y los padres”* (Ana, 38 años, dermatóloga).

Esto que plantean los entrevistados es una competencia positiva (del Pozo-Cruz, 2015), que va a adquiriendo los profesionales de la salud. En ese sentido, el uso de Internet no sería una existencia negativa para el ejercicio de la práctica profesional. El médico debe tener conocimiento de las herramientas de Internet y los espacios en donde se tratan ciertos temas relacionados con la salud y algunas prácticas. Sabiendo lo que “se dice” por la red, el médico puede ser precavido a la hora de comunicarle al paciente, por ejemplo, un tratamiento.

El análisis de algunas de las respuestas deja en evidencia la aún presente “perspectiva instrumental” de la comunicación (Díaz, 2011), en la medida en que los médicos se posicionan como los autorizados para hablar y opinar sobre ciertos temas, buscando influir en sus pacientes. De todas formas, la totalidad de los médicos entrevistados también reconoce en el paciente a un sujeto activo y el cual genera sentidos, hablando en términos de la “perspectiva relacional” de la comunicación (Díaz, 2011), por eso resaltan la importancia del intercambio comunicativo.

De lo anterior se infiere que se continúa poniendo en juego el poder dentro de la RMP, lo que queda en evidencia en los médicos entrevistados que se posicionan como los sujetos del saber y quienes tienen el poder de interpretar correctamente cuestiones científicas, que los pacientes “no pueden”.

#### 6.4. Internet: un lugar en donde “hay de todo”

La mayoría de los médicos manifestó no recomendar a sus pacientes que investiguen por Internet síntomas o diagnósticos. Los médicos en su totalidad utilizan las fuentes médicas para informarse y capacitarse. Pero ellos manifiestan que la diferencia con los pacientes es que, al “googlear” ciertos síntomas o nuevas enfermedades, los médicos saben discernir qué fuentes consultar e interpretar el lenguaje en el que se explica.

*“El tema de la información en Internet es que la búsqueda del paciente no es la misma que la del médico. Uno sabe buscar y diferenciar lo que lee, sabe si es fehaciente o si tiene cierto respaldo académico.... Pero yo no las recomiendo a los pacientes porque se utiliza un lenguaje muy específico, técnico y no lo va a entender. Además, no le sirve y es peligroso”* (Mariana, 31 años, clínica).

*“Hay fuentes médicas que son muy buenas pero el paciente no podría interpretarlas. El paciente va a interpretar lo que le pareció o cómo le pareció pero sirven para el médico, nada más que para ellos. Vos podés googlear y buscar qué es un quiste, te va a dar una definición, pero quistes hay un montón y en un montón de lugares, algunos son buenos y otros son malos. Saber qué es bueno, fenómeno, pero identificar en lo que te pasa a vos es el tema. Ahí es en donde se confunde la gente y por eso la consulta es importante. La consulta es fundamental, no puede haber medicina sin consulta. No existe medicina sin el ‘cara a cara’”* (Eduardo, 64 años, neurólogo).

Internet para los médicos -los sitios científicos y preparados para ellos- son hoy en día la principal fuente de consulta. Se podría decir que la información que circula en esos sitios bien específicos reemplaza al “nuevo libro” que salía antiguamente con las novedades en materia científica para los profesionales sanitarios. Entonces, lejos de poder resultar un obstáculo para su actividad, Internet se presenta como una herramienta que la hace posible. Ante cualquier duda que puedan tener o para enterarse de las últimas novedades médicas, los profesionales acceden a aquellas fuentes de información legitimadas por sociedades científicas. Sin embargo, estos sitios no son recomendados por los médicos a sus pacientes.

*“Yo no les recomiendo a mis pacientes que utilicen Internet, prefiero explicarles yo si tienen alguna duda o algo... Yo sí los uso para actualizarme y capacitarme”* (Hernán, 35 años, traumatólogo).

*“Hay fuentes que son buenas, pero... a ver, para leer sobre un tema tenés que tener nociones sobre qué es ese tema. Sino no podés evaluar si eso es fidedigno o no. Yo particularmente no les recomiendo ninguna fuente, ni que busquen nada en Internet”* (Enrique, 64 años, pediatra).

Más allá que los argumentos brindados por los médicos entrevistados se relacionaban con que la interpretación que hacen los pacientes puede resultar equivocada debido al uso de lenguaje técnico y científico, se resalta que el hecho de que tener sitios específicos para ellos y escudarse en la correcta interpretación, lo mismo que desalentar a sus pacientes la búsqueda de información en Internet, permite que el médico siga preservando su lugar como fuente confiable y respaldado por su formación. En otros términos, podría decirse que los médicos entrevistados no quieren perder el poder del saber y utilizan el argumento del vocabulario y lenguaje científico (Clavreul, 1978) que los diferencia de los pacientes, para marcar la distancia en términos de conocimiento y continuar siendo la fuente del saber científico.

## **6.5. La decadencia de la figura del médico y la insuficiente relación con el paciente**

Cuando se les preguntó a los entrevistados si creían que la visión que la Sociedad tiene de la RMP y el rol del médico había cambiado en los últimos veinte años, la mayoría respondió que “sí”. Coincidieron en que antes el médico era respetado y escuchado por la Sociedad y los pacientes seguían, sin dudas, su opinión. Es decir, el médico tenía el poder en una relación vertical y asimétrica con sus pacientes. Sin embargo, algunos médicos plantearon que hoy son tratados como “un empleado más”, un “servidor” de las demandas de los pacientes.

*“Hablando con mi abuelo noto como cambió todo, cambió mucho... antes el médico era visto como una especie de ‘semi-Dios’, que tampoco está bien porque ningún extremo está bueno. Porque lo que decía el médico nadie lo discutía, era así o así porque lo dijo él y no creo que eso esté bien tampoco.”*

*Pero sí, la figura del médico hoy está muy desvalorizada... no es que seamos superiores, pero toda la formación que tenemos no es valorizada por los pacientes...” (Hernán, 35 años, traumatólogo).*

*“Sí, es como que antes el médico era ‘el médico’ y nadie discutía ni se ponía en contra de lo que decía. El médico era alguien importante. Con esto no digo que el médico tiene que ser alguien ‘importante’, pero sí que tendría que ser más valorado porque lamentablemente nosotros estudiamos muchísimos años y hacemos un gran esfuerzo...” (Daniela, 28 años, ginecóloga).*

*“El médico es visto como un empleado de la gente, que siempre tiene que estar dispuesto...” (Sandra, 48 años, reumatóloga).*

Dos de los médicos entrevistados plantearon que no sólo son ellos -los médicos- quienes “perdieron su lugar” en la Sociedad sino también los pacientes. Ahora, son otros actores los que intervienen en las consultas, otras opiniones son las que se ponen en juego, no se trata más de una “relación bipolar” (Lázaro & gracia, 2006). Un jefe, un familiar e Internet pueden tener espacio abierto a la opinión y difusión de información, según los entrevistados, infundada.

*“El médico ahora es un humilde servidor a órdenes de lo que digan los demás: de lo que diga tu superior, de lo que diga el familiar del paciente... el médico y el paciente, los dos, perdieron el lugar. Porque el paciente ya casi ni opina, opina el familiar, opina el otro familiar, opina el amigo, opina el jefe, opina el que te dijo que tenía que derivarse ahí, opinan todos menos el paciente y menos el medico directo tratante” (Miguel, 36 años, clínico especialista en terapia intensiva).*

*“Te diría que veo más un cambio en el trato del médico hacia el paciente que del paciente al médico. Creo que también la manera de ejercer la Medicina actualmente hace que la relación sea de esa manera. En la Medicina se premia la eficiencia, que es vista como la capacidad de atender más pacientes en el menor tiempo. El agotamiento físico del médico, la cantidad de trabajo que tiene que hacer en poco tiempo... y en general no estamos tan bien pagos, la*

*realidad es que eso hace muchas veces que ejerzas tu profesión de manera desgana...*” (Mariana, 31 años, clínica).

Algunos médicos problematizaron aún más esta situación y aseguraron que la responsabilidad es de ellos, de los profesionales de la salud y, en realidad, de los sistemas actuales de salud, los cuales mercantizaron la enfermedad y obligan a los médicos a atender a muchos más pacientes con mala paga lo que -a su vez- deteriora la RMP. Esta progresiva mercantilización de la salud, es otros de los rasgos del MMH (Menéndez, 2005).

*“Antes el rol del médico era ‘importante’, ahora el médico es un ‘medio’ que, por esta presencia de los prepagos, se ha desvirtuado la RMP”* (Enrique, 64 años, pediatra).

*“Y, como todo, se mercantilizó también esto. Y también hay que ponerse en el lugar de algunos médicos que tienen que atender a 20 pacientes en tres horas y les pagan dos pesos, entonces eso hace que tengan que atender de una forma rápida y concretarse a lo que es del paciente. Y la RMP ahí se deteriora, uno tiene que darle el tiempo también al paciente para que pueda expresarse, para que pueda hablar y ahora estamos corriendo...”* (Amanda, 71 años, ginecóloga).

Entonces, si bien por un lado continúan vigentes los rasgos del MMH, por otro lado, emergen cuestiones que dejan ver la crisis de este modelo (Menéndez, 1984). Es decir, mientras el modelo posibilita y promueve la mercantilización de la salud y, por consiguiente, la medicalización de la vida, al mismo tiempo está habilitando a que otros factores y actores intervengan en los procesos. Esto que propiciaría esta “pérdida de lugar” que mencionan los médicos y que altera la RMP.

La diferencia entre el trato de antes y el de ahora, lo ejemplifican las generaciones de médicos más jóvenes, quienes en su mayoría dijeron notar esta diferencia de trato, no sólo por lo que les cuentan los médicos de mayor edad sino porque, cuando atienden pacientes ancianos, notan la diferencia en el trato que tienen en comparación a los jóvenes adultos

*“La gente grande es la que marca la diferencia y ahí te das cuenta que antes todo era diferente. La gente grande viene, te espera, te trata con respeto y la de las nuevas generaciones vienen con otra predisposición, prepotentes, demandándote... es lo que te decía en relación al ámbito privado. El ámbito privado es la nueva generación, son más demandantes, es diferente el trato, son hasta incluso más agresivos y menos tolerantes pero porque es otra generación” (María, 27 años, clínica).*

*“El viejo está mucho más abierto de mente, entiende muchísimo y si entra en Internet, lo maneja de otra manera que el joven. El joven utiliza la información para decir: esto es así, lo leí en Internet y es así. El viejo pregunta. Tiene que ver con el tiempo... hay una desvalorización de los médicos pero de todo hay desvalorización...” (Eduardo, 61 años, neurólogo).*

En relación con esto, los entrevistados que se encontraban en el rango de mayor edad (entre los 61 y 71 años) aseguraron que la responsabilidad en este cambio negativo en la RMP, se debe también a que muchos médicos ya no se toman el tiempo suficiente y necesario con cada paciente, no los examinan como deberían ni se comprometen con su práctica. Olvidan la importancia del contacto físico, la consulta “cara a cara” y la escucha activa. Esto también lo marcó una de las entrevistadas que no se encontraba en este rango etario.

*“...uno trabaja con gente y hay que ser gente, hay que ser humano sino dedícate a otra cosa. Yo me involucro, yo lloro por mis pacientes, yo rezo por mis pacientes... Hay que tratar de sacar esa cosa de poner distancia. Yo a los pacientes los abrazo, les doy un beso, les hago chistes... es esa cosa de decir, voy tranquila, es re importante, súper importante. Yo creo que un montón de médicos no se permiten estas cosas [me agarra la mano y me acaricia], de acariciar, de tocar, a mí me han dicho ‘doctora, usted es la primera que me toca’, viste y vos decís ‘mira qué pavada’. Yo estoy convencida que muchos pacientes van a la consulta en busca de eso” (Ana, 36 años, dermatóloga).*

*“El comienzo de la curación de un paciente empieza cuando abriste la puerta y lo saludaste bien, desde el momento que lo tocas, que le agarras la mano, que lo entiendes, que lo escuchas. Porque así vos como paciente te sentís contenida, te entregas y las palabras que te diga esa persona [el médico] van a hacer muy importantes, van a hacer el comienzo de tu curación. Si vos a la persona la ves con desconfianza, no vas a escuchar lo que te dice y seguramente no vas a tomar lo que te dé. Por esto es tan importante el contacto personal, no es tan buena la telemedicina en este aspecto porque en definitiva la Medicina es una ciencia humana...”* (Enrique, 64 años, pediatra).

Entonces, esto se podría relacionar con el reparo de muchos entrevistados en la incorporación de la telemedicina en la RMP por provocar un “límite” en el buen desarrollo de dicha relación (Ruiz et al., 2007). Muchos de los entrevistados terminaron reivindicando la importancia del contacto físico y la escucha activa con el paciente, destacando que la Medicina es una “ciencia humana”, más allá de que las TICs posibiliten avances médicos. Mencionaron factores como la saturación de las consultas, la mercantilización de la Medicina, la presión del rendimiento, como algunos de los “culpables” de que hoy en día el médico no se pueda tomar el tiempo de entablar una relación más cercana con sus pacientes y lo llegan a ver como una meta que alcanzar.

*“...creo que ese contacto no hay que perderlo, al igual que poder charlar más allá de hablar del tema por el que vienen a la consulta... eso lamentablemente creo que ya está perdido. Hay muchos médicos que lo conservan pero hay otros que directamente casi ni revisan a la paciente y eso es una locura. Muchas veces el paciente se cura simplemente con conversar con uno y me ha pasado muchas veces hasta por teléfono. Yo creo que la palabra y la forma de decir las cosas, ponerle el acento a la palabra cuando uno habla, eso cura. A mí ponerlo en escrito, sobre todo en el Whatsapp, me da la sensación de que es muy fría la cosa, demasiado simple y duro. Otra cosa es decir las cosas con expresión, ya sea con alegría, con tristeza o depresión, qué se yo, porque uno cuando atiende el teléfono simplemente con escuchar la voz del que está del otro lado, si es tu paciente y lo conoces, te das cuenta lo que le está pasando y eso no lo reemplaza ningún mail ni ningún Whatsapp”* (Amanda, 71 años, ginecóloga).

Del relato de los médicos se podría inferir la existencia de una crisis propia del modelo biomédico. Las TICs, el mercantilismo y la demanda médica cada vez mayor, exigen que se revise el MMH, en donde el médico estaba por encima del paciente, en tanto conocimiento y potestad (Menéndez, 1988).

Por otro lado, habría que evaluar si las TICs son realmente efectivas en el marco de la salud y acompañarlas con el desarrollo de protocolos que, de alguna manera, pudieran regular su uso para comunicarse en el marco de la RMP. Esto podría lograr que más médicos aceptaran su incorporación. No sirve de nada oponerse al avance de las TICs aplicadas a la Medicina, hay que aprender a convivir con ellas y, a la vez, no perder la comunicación directa y afectiva con el paciente, porque si hay algo que valoraron la mayoría de los entrevistados, es el poder de curación que tiene la palabra y el mirarse con el otro cara a cara. Sin embargo, habría que agregar a partir del análisis de las respuestas de los entrevistados, que esto es así en la medida en que el médico continúe siendo la voz autorizada, es decir, que siga ganando la pulseada en la lucha de poder otorgado por el conocimiento.

## ~ Capítulo 7. Conclusiones ~

### 7.1. Hallazgos empíricos

A los fines del presente trabajo, se buscó indagar acerca del uso que los médicos hacen de las diferentes prácticas de la telemedicina y cómo éstas proponen un nuevo tipo de RMP. También se trató de identificar las características que presenta esta nueva dinámica de comunicación entre médico-paciente, sus ventajas y desventajas.

Como se abordó a lo largo de esta tesina, el fenómeno de las TICs aplicadas a la comunicación médico-paciente es un fenómeno que va creciendo exponencialmente y obliga a repensar la forma en que dichos actores se vinculan e interactúan entre sí dentro de la RMP.

Del análisis de las entrevistas queda claro el valor que los médicos le otorgan a la comunicación con el paciente. Dejan entender que una “buena comunicación” sólo llega a lograrse con el encuentro cara a cara; es decir, con una dinámica de entrevista médica presencial, que se da en el consultorio. Además, la forma en que el paciente se expresa a través de sus gestos y movimientos corporales adquiere un valor agregado que ayuda a la elaboración del diagnóstico. De esta manera, consideran que puede llegarse a forjar una relación de confianza y respeto mutuo, en la cual el paciente le hablaría con total sinceridad al médico y aceptaría el diagnóstico y tratamiento que éste decidiera administrarle. Ésta sería la RMP “ideal” según los profesionales médicos entrevistados.

Teniendo en cuenta esto es que se puede ver que la incorporación de las TICs a la Medicina, más precisamente lo que se relaciona con el uso del mail y Whatsapp para la comunicación médico-paciente, es un tema que genera diferentes opiniones entre los entrevistados. Sin embargo, en los profesionales predominó la idea de que esta incorporación de alguna manera habilita ciertos “abusos” por parte de algunos pacientes que utilizan estos medios, en especial el Whatsapp, para tener disponible a su médico siempre que lo necesitan. Puede interpretarse en ello una dificultad de los profesionales para establecer límites claros en el uso de esta aplicación. La mayoría de los médicos aseguran que sólo lo habilitan para aquellos pacientes que se encuentran en un estado de salud muy delicado o que viven en zonas muy alejadas del consultorio. Lo cierto es que éste uso les genera incomodidad cuando los contactan un día u horario “desubicado”. A diferencia del mail, el Whatsapp es concebido por

los profesionales como una TICs vinculada a la vida privada de la persona. Por otro lado, mientras que en el caso del mail, el profesional puede abrirlo el día y horario que él estipule, el mensaje de Whatsapp ingresa apenas el paciente lo envía y queda a criterio del médico responder o no.

Sin embargo, los profesionales reconocen que la práctica de telemedicina -más allá de lo que refiere a las teleconsultas, intercambio de información con colegas o capacitaciones- la incorporaron porque les permite agilizar ciertos trámites como brindar turnos, leer rápidamente resultados de estudio o responder consultas menores. De esta manera, logran evitar llenar la sala de espera de sus consultorios; es decir, reconocen en esto una ventaja para agilizar el trabajo diario, siempre y cuando no invada su intimidad.

Aunque no haya surgido como una sugerencia de los entrevistados, quizás ayudaría que existan protocolos de uso de telemedicina dentro de la RMP que, de alguna manera, ordene dichos usos dentro de los centros de salud. Ciertos organismos -como la OMS, la OPS o instituciones sanitarias argentinas- deben abrir la discusión, realizar evaluaciones de la estrategia e investigar si las TICs dentro de la RMP son efectivas y cuáles son sus problemas de implementación. Si bien la utilización de las TICs dentro del sistema de salud es un tema que está en agenda de los organismos, no se reconoce que existan investigaciones que indaguen específicamente el rol de estas dentro de la RMP.

Por otro lado, a raíz de las entrevistas realizadas se reconoce la necesidad de que en las carreras de Medicina se incursione más acerca de las diferentes prácticas de telemedicina, ya que la mayoría de los entrevistados admitió no saber a qué se refería exactamente el término. Si bien se abordan temas relacionados a ella y las posibilidades que genera, no les termina de quedar bien en claro de qué se trata. En la actualidad, resulta inevitable interiorizarse sobre esta temática porque, como se ha mencionado en varias oportunidades a lo largo de este trabajo, el término es muy abarcativo y utilizado para referirse a diversas prácticas. Si bien existen en Argentina instituciones de salud que alientan a sus médicos a realizar capacitaciones o interconsultas a distancia y, ellos mismos acceden a ellas por elección, no es un hecho generalizado. Sería positivo que, desde el Ministerio de Salud de la Nación, se sigan desarrollando programas de capacitación que permitan que los médicos de ámbitos públicos y privados, cualquiera sea su edad y especialización, participen y estén actualizados sobre diferentes prácticas tecnológicas, en este caso lo que refiere a la telemedicina. Esto para que la

conozcan como un recurso y la reconozcan como una realidad dentro de la práctica cotidiana de la Medicina.

Otros de los puntos que surgieron de las entrevistas es el que refiere a la información que circula en Internet sobre el desarrollo de enfermedades, ciertos rasgos patológicos o tratamientos a seguir. Esto se relaciona con la práctica de “*googleo*” llevada a cabo por los pacientes antes o después de la consulta con un profesional, la cual -según los entrevistados- dificulta el buen desarrollo de la misma. Por eso, resaltaron que la información médica debe estar orientada para que sólo pueda ser consultada por quienes estén estudiando o sean recibidos de las carreras orientadas con la salud. Así como existen portales a los que sólo pueden acceder los profesionales, allí debe estar organizado el contenido, el cual debe ser cargado y consultado por alguien que posea la idoneidad necesaria. Para estos profesionales, en la red pública no deberían existir diagnósticos o tratamientos porque cada paciente es un caso único y particular, que no puede ni debe generalizarse. Sin embargo, si bien no se indagó sobre ello en las entrevistas debido a que ninguno de los médicos lo mencionó, se reconoce la existencia de páginas oficiales que se utilizan para difundir información relacionada a ciertas enfermedades y cómo prevenirlas o tratarlas. Estas páginas están dirigidas a los pacientes, por lo que, si bien se basan en fundamentaciones médicas, están escritas de manera sencilla y entendible; es decir, sin lenguaje demasiado “técnico”. Ya que la actividad de “*googleo*” que realizan los pacientes es imposible de controlar, los médicos pueden recurrir a estas páginas web y recomendársela a los pacientes, siempre que corresponda.

De todas formas, en la presente tesina se pudo entrever que existe una cuestión que va más allá de la problemática del “autodiagnóstico” y de la utilización de las TICs para la comunicación médico-paciente. Esta cuestión es la que tiene que ver con la disputa del poder dentro de la RMP. Los entrevistados mostraron un malestar ante la nueva lógica de relación, en la cual el paciente llega con información a las consultas y hasta puede poner en duda o discutir el diagnóstico del profesional. Los médicos perciben cambios en la valoración de su figura en la sociedad; cambios en cómo era visto y tratado antes el doctor en la Sociedad y cómo lo es ahora. “Semidioses”, “eminencias”, fueron algunos de los adjetivos que utilizaron para asegurar que “antes” su palabra era indiscutida, mientras que ahora se sienten “simples empleados” al servicio de alguien. Si bien aseguraron no pretender ser vistos como deidades, sí consideraron que debería valorarse más su trabajo diario y la formación que recibieron y por la cual ellos pueden interpretar cuestiones, que los pacientes les es imposible de interpretar.

Con este argumento, que se repitió en todos los entrevistados, queda clara la posición de los médicos: se posicionan por encima de los pacientes, perpetuando una RMP asimétrica, basada en el poder del conocimiento.

En conclusión, en el análisis global de este trabajo se desprende la necesidad de seguir analizando los cambios que las TICs generan en la comunicación médico-paciente y en la RMP; dado que la incorporación de las TICs tiene un impacto en el rol de los médicos. Si bien el profesional de la salud sigue teniendo un rol importante en la Sociedad, por su actividad y como voz autorizada ante ciertos temas relevantes, la opinión de los médicos entrevistados dejó en evidencia un cambio notable en el trato que reciben de los pacientes.

Esta tesina halló que las TICs aplicadas en la RMP habilitan una nueva dinámica de comunicación que trasciende las características de dichos actores dentro del MMH. Al mismo tiempo, se reconoce un “vacío” teórico en lo que refiere a la nueva dinámica comunicacional que posibilitan las TICs, entre ellas la telemedicina. Por esto, la presente tesina es un aporte para futuras investigaciones que indaguen el uso de las TICs en el marco de la RMP o que indaguen los modelos de comunicación que sostienen el uso de esas TICs en el marco de la RMP.

## **7.2 Consideraciones metodológicas propias de la investigación**

Durante el desarrollo de esta tesina, se reconocieron ciertos aspectos que podrían proponerse para futuras investigaciones. Una de ellas es la posibilidad de generar un cuestionario para pacientes de diferentes edades y niveles socioeconómicos, que asistan a centros de salud públicos y privados. El espacio institucional puede ser una variable a tener en cuenta para analizar el grado de adopción y aceptabilidad de las TICs por parte de pacientes y profesionales que asisten en instituciones de salud privada o pública. De esta manera, podría tenerse un panorama más amplio y realizar un análisis más exhaustivo que permitiera entender esta nueva dinámica que proponen las TICs en el contexto sanitario, no sólo desde la visión y experiencia de los médicos sino también desde el lugar y realidad de los pacientes.

Por otro lado, en la presente tesina se realizó un recorte del estado del arte acorde a los fines prácticos de esta investigación, por lo que se limitó la revisión de la literatura especializada sobre telemedicina en Argentina y países de América Latina. Sin embargo, se

sugiere que en futuras investigaciones puedan abordarse los antecedentes de países como Estados Unidos y España, en donde la telemedicina es muy debatida y hay muchos trabajos en torno a ella, para poder analizar las estrategias de implementación que han utilizado para aplicarlas al ámbito sanitario.

Por último, como este trabajo se orientó a analizar principalmente el uso del mail y el Whatsapp en el marco de la RMP, sería útil poder explorar la utilización de otras aplicaciones y redes sociales. Teniendo en cuenta su progresiva expansión y el acceso a ellas por parte de diferentes grupos sociales y etarios, podrían tomarse la “eSalud” o “cibersalud”<sup>7</sup> como un posible campo de investigación (Rodríguez Blanco et al., 2013). Así se lograría evaluar los contenidos vinculados a las prácticas sanitarias que en ellas se difunden y cómo se apropian de esto los diferentes usuarios.

---

<sup>7</sup> La eSalud, también denominada Cibersalud, es la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el apoyo a la salud, incluida la asistencia médica. Se propone una reflexión alrededor de los conceptos de relación médico-paciente, tecnologías de la información y las comunicaciones, eSalud y la relación entre estos.

## ~ Referencias ~

Abela, J.A. (s.f.). *Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada*. Recuperado de: <http://anthropostudio.com/wp-content/uploads/2014/07/Andr%C3%A9-J.-2000.-Las-t%C3%A9cnicas-de-an%C3%A1lisis-de-contenido-una-revisi%C3%B3n-actualizada..pdf>

Aguilar Fleitas, B. (2015). La medicalización de la vida. *Rev Urug Cardiol*, 30:262-267.

Alfaro, R. (1993). *Una comunicación para otro desarrollo*. Lima, Perú: Calandria.

Altrudi, R. Eurnekian A., Gandsas, A., Silva, Y., y Silvestri, V. (1998). Videoconfering as medical educational tool: first experience in Argentinean public hospital. *Stud Health Technol Inform*, 50: 364-365.

Araujo de Cendros, D. y Bermudes, J. (2009). Limitaciones de las Tecnologías de Información y Comunicación en la Educación Universitaria. *Horizontes Educativos*, 14(1):9-24.

Avella Martínez, Y. y Parra Ruiz, P.P. (2013). *Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICS) en el sector salud* (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Borsini, E., Blanco, M., Bosio, M., Di Tullio, F., Ernst, G., y Salvado, A. (2016). “Diagnosis of sleep apnea in network” respiratory poligraphy as a decentralization strategy. *Sleep Sci*, 9(3):244-248.

Bruno, D. y Demonte., F. (2015). Comunicación y salud en América Latina. Un panorama de las perspectivas, los itinerarios teóricos-prácticos y los desafíos actuales. *Actas de Periodismo y Comunicación*, 1(1).

Chattah, C. (1998). *Tecnología y salud. La telemática como propuesta comunicacional* (Tesis de Grado). Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Chueke, D. (15 de abril de 2015). Panorama de la Telemedicina en América Latina. Eye for pharma América Latina. *Eye for pharma*. Recuperado de <https://es.eyeforpharma.com/ventas-y-marketing/panorama-de-la-telemedicina-en-america-latina>

Clavreul, J. (1978). No existe relación médico paciente. *Cuadernos Médico Sociales*, 7: 32-50.

Cófreces, P., Ofman, S.D., y Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4:19-34.

Curioso Vilchez, W.H., Saldías Vargas, J., y Zambrano, R. (2002). Historias clínicas electrónicas. Experiencias en un Hospital Nacional. Satisfacción por parte del personal de salud y pacientes. *Rev Soc Peri Medi Interna*, 15(1):22-29.

Cubo, E., Doumbe, J., López, E., Lopez, G.A., Persi, G., y Guttman, M. (2017). Telemedicine enables broader Access to movement disorders curricula for medical students. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*, 7:501.

Del Pozo-Cruz, J.T. (2015). Aproximación multicultural al rol de la comunicación entre profesional sanitario y paciente. El caso de la diabetes mellitus tipo 2. En M. Petracci. (Coord.) *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp. 69-84). Buenos Aires: Prometeo Libros.

Díaz, H.A. (2011). La comunicación para la salud desde una perspectiva relacional. En U. Cuesta Cambra, T. Menéndez, H.A. Ugarte Iturrizaga (Coord.). *Comunicación y Salud: nuevos escenarios y tendencias* (pp. 33-50). Madrid, España: Editorial Complutense SA. Recuperado de: <https://biblioteca.ucm.es/ecsa/9788499380889.pdf>

Díaz, H. y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1):113-124.

“Doctor Google”: ¿es bueno buscar información médica en internet? (30 de octubre de 2016). El Día. Recuperado de <https://www.eldia.com/nota/2016-10-30--doctor-google-es-bueno-buscar-informacion-medica-en-internet>

Entel, A. (1994). *Teorías de la Comunicación. Cuadros de época y pasiones de sujetos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Fundación Universidad a Distancia “Hernandarias”-Editorial Docencia.

Fernández, J.L. (1994). *Los lenguajes de la radio*. Recuperado de [https://sistemamid.com/panel/uploads/biblioteca/2014-09-27\\_12-58-22110843.pdf](https://sistemamid.com/panel/uploads/biblioteca/2014-09-27_12-58-22110843.pdf)

Foucault, M. (1996). *El orden del discurso*. Madrid, España: La Piqueta.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York, Estados Unidos: Aldine Publishing Company.

Gómez Rendón, J.F. (2006). *La Influencia de las Tecnologías de Información y Comunicación en la relación médico especialista-paciente* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Manizales, Colombia.

Iriart, C. (s.f.). *Medicalización, biomedicalización y proceso salud-enfermedad-atención*. Recuperado de [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart\\_celia\\_medicalizacion\\_2016\\_.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/iriart_celia_medicalizacion_2016_.pdf)

Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Laurell, A.C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 19.

Lázaro, J. y Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*, 29(3):7-17.

Livschitz, A. (2014). *Estar Connectados: usando las TIC para fomentar el trabajo colaborativo en las ONG. El caso de Salud sin daño y GGHH Connect* (Tesis de Grado). Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Lois, I. (15 de junio de 2011). Comunicación y salud: diversidad e interculturalidad. *Página 12*. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/laventana/26-170107-2011-06-15.html>

Lyons, G.V., Burek, C., Campmani, L., De Castro, F., López, B., y Sager, C. (2017). Creation of a professional network to improve spina bifida care: Argentina case. *J Pediatr Rehabil Med*, 10 (3-4):211-214.

Marc, E. y Picard, D. (1992). *La interacción social. Cultura, instituciones y comunicación*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Mayer Pujadas, M.A. y Leís Machín, A. (2006). El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales. *Aten Primaria*, 37(7):413-417.

Medina Cárdenas, E. (1998). Autoatención Doméstica de la Salud. *III Congreso Chileno de Antropología*. Colegio de Antropólogos de Chile A.G., Temuco, Chile.

Menéndez, E. (1984). El modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiud'Etnografia de Catalunya*, 3:84-119.

Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, Argentina.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saùde Coletiva*, 8(1):185-207.

Menéndez, E. (2010). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.

Menéndez, E. (2012). Entrevista Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trab Educ Saùde*, 10(2):335-345.

Naranjo Pereira, M. (2005). Perspectivas sobre la comunicación. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 5(2):1-32.

Obregón, R. (2010). Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Folios*, 23:13-29.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2016). *Marco de implementación de un servicio de telemedicina*. Washington DC, Estado Unidos: OPS.

Orueta Sánchez, R., Santos Rodríguez, C., González Hidalgo, E., Fagundo Becerra, E., Alejandro Lázaro G., Carmona de la Morena, J., et al. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2): 150-161.

Peña Fernández, M. y Tápanes Daumy, H. (2012). La relación médico-paciente en el ámbito de la Imagenología. *Rev Hum Med*, 12(1):106-118.

Petracci, M. (2015). Prólogo: Sobre la comunicación y salud. En M. Petracci. (Coord.). *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp.13-18). Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

Petracci, M., Sánchez Antelo, V.I.M, Schwartz, P.K.N., y Mendez Diz, A.M. (2017). La relación médico-paciente en la indagación académica contemporánea. En M. Petracci, P.K.N Schwarz, y P.G. Rodríguez Zoya. (Eds.). *Comunicación y Salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía*. Buenos Aires, Argentina: Teseo. Recuperado de <https://www.teseopress.com/comunicacionsalud/chapter/la-relacion-medico-paciente-en-la-indagacion-academica-contemporanea/>

Pintos, S. (2001). Comunicación y Salud. *Inmediaciones de la Comunicación*, 3(3): 121-136.

Rabanales Sotos, J., Párraga Martínez, I., López Torres-Hidalgo, J., Pretel, F.A, y Navarro Bravo, B. (2011). Tecnologías de la Información y la Comunicación: Telemedicina. *Rev Clín Med Fam*, 4(1):42:48.

Rodríguez Blanco, S., Almeida Gómez, J., Cruz Hernández, J., Martínez Ávila, D., Pérez Guerra, J.C., y Valdés Miró, F. (2013). Relación médico paciente y la eSalud. *Rev Cubana Invest Bioméd*, 32(4):411-420.

Rodríguez Zoya, P.G. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. *A Parte Rei*, 70. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/zoya70.pdf>

Ruiz Ibáñez, C., Zuluaga de Cadena, A., y Trujillo Zea, A. (2007). Introducción, aplicación y principios de desarrollo. *CES Medicina*, 21(1):77-93. V

Sabino, C. (1992). *El Proceso de la Investigación*. Caracas, Venezuela: Ed. Panapo.

Sampedro Hernández, J.L. (2013). Innovación y cambio microinstitucional en el sector salud: evidencia de la telemedicina en México. *Economía: teoría y práctica. Nueva Época*, 39:37-57.

Schvartz, D.G. (2007). *La comunicación médico-paciente. Una experiencia en medicina familiar* (Tesis de Grado). Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Schvartz, D. (2011). La comunicación médico-paciente. En M. Petracci. (Coord.). *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp.201-226). Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

Siegler M. (2011). *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas N°26. Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*. Barcelona, España: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria.

Soares de Araújo, I.S. y Cuberli, M. (2015). Comunicación y Salud. Un campo en permanente movimiento. En C. Bolaño, D. Covi Druetta, G. Cimadevilla. (Coord.). *La contribución de América Latina al campo de la comunicación. Historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación* (pp. 338-390). Buenos Aires: Prometeo Libros.

Soriano Torres, O., Martín Lugo, L., Jorge Fernández, M. y Mérida Hernández, E. (2010). Telemedicina: ¿futuro o presente? *Revista Cubana Habanera de Ciencias Médicas*, 9(1):127-139.

Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Toro Sosa, A.F. (s.f). *Aplicación y evolución de la telemedicina en Medellín. Revisión y contextualización de la experiencia COOMEVA*. Medellín, Colombia: Universidad CES.

University of Nebraska Medical Center (UNMC). (2018). UNMC Newsroom. Nebraska, Estados Unidos: UNMC. Recuperado de <https://www.unmc.edu/news.cfm?match=16468>

Uranga, W. (2006). El cambio social como acción transformadora. En A. Enz y otras (Eds.). *Comunia*. (pp. 39-46). Buenos Aires, Argentina: La Crujía Ediciones.

Vidal y Benito, M.C. (2010). *La relación médico paciente y las habilidades comunicacionales en la carrera de Medicina. Una propuesta de enseñanza* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Tucumán, Tucumán, Argentina.

Vidal y Benito, M.C. (14 de mayo de 2012). La empatía en la consulta del profesional de la salud. *IntraMed*. Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=75717>

World Health Organization (WHO). (1998). *A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development. Report of the WHO group consultation on health telematics, 11–16 December, Geneva, 1997*. Geneva, Suiza: WHO.

## ~ Anexo ~

### A1. Consentimiento informado

En este anexo se presenta el consentimiento informado que se le entregó a cada participante. Cada uno de los entrevistados firmó dos copias de este consentimiento, una se la quedó con él y la otra fue para uso de la investigadora.

#### FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS A MÉDICOS

##### Técnica de relevamiento:

-Entrevista semiestructurada con Consentimiento Informado.

##### Propósitos:

-Informar y solicitar el permiso de los sujetos para ser entrevistados.

-Informar el propósito de la investigación y sus objetivos:

- **Objetivo general:** analizar las características de la RMP en el marco de la telemedicina, desde la perspectiva de los médicos.
- **Objetivos específicos:** a) describir las características de la comunicación en la RMP en el marco de la telemedicina, desde la perspectiva de los médicos; y b) identificar los límites y las ventajas del uso de la telemedicina en la RMP, desde la perspectiva de los médicos.

*La información que Ud. brinde es totalmente anónima y confidencial; es decir, su nombre no aparecerá en ningún lugar. No hace falta que de su nombre verdadero. Si hay alguna pregunta que no quiera contestar, no es preciso que lo haga. Los datos brindados pueden ser utilizados en el trabajo de investigación y ser publicado.*

*No hay respuestas correctas o incorrectas. El propósito de esta entrevista es conocer sus experiencias y opiniones acerca del uso de la telemedicina y cómo ella impacta en la relación con el paciente. No es una prueba ni una evaluación. Se grabará la entrevista para que el análisis, después, resulte más simple.*

*¿Está de acuerdo con lo leído y con realizar la entrevista? Si / No*

*¿Acepta el uso del grabador para registrar la entrevista a realizar? Si / No*

Firma:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

Cualquier duda que tenga respecto a este trabajo de investigación, puede contactarse con María Luciana Donatelli, Cel: 15-6544-9029 / mail: m.luciana.d@live.com.ar

## A2. Cuestionario de entrevistas realizadas

En este anexo se presenta la guía de entrevista utilizada para la recolección de los datos.

### GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS A MÉDICOS

Nombre:

Edad:

Especialidad:

Lugares de trabajo:

- 1) ¿Qué valor le das a la comunicación con el paciente?
- 2) En tu opinión, ¿cómo debería ser la relación entre un médico y su paciente? ¿Por qué?
- 3) ¿Crees que el tipo de relación con el paciente influye en un tratamiento o seguimiento de las consultas? ¿Por qué?
- 4) ¿Sabes a qué se llama telemedicina?
- 5) ¿Realizas prácticas de telemedicina con tus pacientes? Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuáles?
- 6) En relación a la pregunta anterior, ¿cuándo y por qué comenzaste a implementarla? ¿Tenés alguna “regla” o criterio de utilización (en cuanto a horarios o circunstancias especiales)?
- 7) ¿La práctica de la telemedicina es igual con los pacientes que asisten al hospital que aquellos que van al consultorio privado? Si/No ¿Por qué?
- 8) ¿Notas que el uso de la tecnología influye de alguna manera en tu actividad en relación a los pacientes? ¿Cómo?

9) ¿Te sucede a menudo que los pacientes van a la consulta con un “autodiagnóstico” a partir de información que sacan de Internet? Si la respuesta es afirmativa, ¿te comentan cuáles son las fuentes que utilizan?

10) ¿Cómo caracterizarías la información que hay en Internet sobre Medicina? ¿Hay fuentes que consideres confiables? De ser así, ¿se las recomendás a tus pacientes?

11) ¿Notas que en los últimos años cambió la manera en que el médico es visto en la Sociedad y por los pacientes?