



Tipo de documento: Tesis de Maestría

Título del documento: Incorporación de las tecnologías de información y comunicación en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual desde la perspectiva de profesionales de la salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina (2019-2020)

Autores (en el caso de tesis y directores):

Emilia Elicabe

Mónica Petracci, dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2022

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



Emilia Elicabe

Incorporación de las Tecnologías de Información y Comunicación en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual desde la perspectiva de profesionales de la salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina (2019-2020)

Volumen 1

Tesis para optar por el título de Magíster en Intervención Social

Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Directora: Mónica Petracci

Ciudad de Buenos Aires
2022

Resumen

Las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) introducen cambios en el campo de la salud (fenómeno conocido como eSalud, salud digital). Entre ellos, se destacan los referidos a la relación entre médicos y pacientes (RMP). Del interés por indagar sobre dichos cambios en el campo de la salud y los derechos sexuales parte el planteo del problema de investigación de la presente tesis. Su definición y abordaje se nutre de los aportes conceptuales de las siguientes perspectivas teóricas: el enfoque de Género y Derechos; el de Comunicación y Salud; y el de Salud Colectiva. El objetivo general es conocer y comprender los cambios que introduce la utilización de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual en el ámbito de la RMP desde la perspectiva de profesionales de la salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Argentina.

El diseño metodológico es tipo cualitativo dado el carácter exploratorio y descriptivo de la investigación. La muestra de trabajo es no probabilística y está integrada por profesionales del campo de la salud sexual que se desempeñan en la red asistencial de CABA. La técnica de relevamiento empleada es la entrevista semiestructurada. El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2019 y marzo de 2020. El análisis comprende tres niveles de aproximación a la perspectiva de los profesionales: representaciones sociales de la eSalud/eHealth, opiniones y percepciones sobre los cambios que introducen las TIC en la RMP. El enfoque cualitativo del análisis permite adentrarse en el discurso de los entrevistados y explorar el sentido que dan a sus prácticas.

El análisis de las representaciones sociales de la eSalud/eHealth concluye con una tipología que permite advertir el carácter descriptivo y valorativo de las ideas, imágenes y sentidos que emergen a partir de dichas representaciones. Asimismo, el sentido descriptivo, predominante en las representaciones sociales, se complejiza al profundizar en las opiniones y percepciones de los profesionales de la salud sobre los cambios que introducen las TIC en la RMP. Entonces, se advierten posiciones ambivalentes expresadas en términos de contradicciones. Mientras que la disponibilidad de información sobre salud *online* se considera riesgosa para la salud y perjudicial para la RMP, la información relativa a derechos sexuales, en cambio, se relaciona con una mayor autonomía que se valora como algo favorable (al menos propositivamente). Por último, a modo de cierre, se plantean los desafíos de la salud digital de cara al futuro a partir de la articulación entre investigación e intervención social.

Abstract

Information and Communication Technologies (ICT) introduce changes in the field of health (a phenomenon known as eHealth). Among them, those referring to the doctor-patient relationship (DPR) stand out. The research question proposed by this thesis is based on the interest in studying such changes in health and sexual rights. Its definition and approach is nourished by the conceptual contributions of the following theoretical perspectives: the gender and rights approach; the Communication and Health approach; and the Collective Health approach. The general objective of this work is to know and understand the changes introduced by the use of ICT in the care and attention of sexual health in the field of DPR from the perspective of health professionals of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA), Argentina.

The methodological design is qualitative given the exploratory and descriptive nature of the research. The work sample is non-probabilistic and it is composed of professionals from the field of sexual health who work in the CABA healthcare network. The survey technique used is the semi-structured interview. The fieldwork was carried out between November 2019 and March 2020. The analysis comprises three levels of approximation to the perspective of professionals: social representations of eHealth, opinions, and perceptions about the changes introduced by ICT in the DPR. The qualitative approach of the analysis allows us to dig into the discourse of the interviewees and explore the meaning they assign to their practices.

The analysis of the social representations of eHealth concludes with a typology that lets us notice the descriptive and evaluative nature of the ideas, images and meanings that emerge from said representations. Likewise, the descriptive sense, predominant in social representations, becomes more complex when deepening the opinions and perceptions of health professionals about the changes introduced by ICT in the DPR. Then, ambivalent positions are expressed in terms of contradictions. While the availability of medical information online is considered risky for health and detrimental to the RMP by the interviewees, information related to sexual rights, on the other hand, is related to greater autonomy that is valued as something favorable (at least purposefully). Wrapping up, the challenges that digital health will face in the near future are raised from the articulation between research and social intervention.

Índice

Agradecimientos	6
Glosario de siglas y abreviaturas	8
Aclaración sobre el uso no sexista del lenguaje	9
Introducción	10
El planteo del problema de investigación	10
Los objetivos y el diseño metodológico	12
La estructura de la tesis	13
Capítulo 1	
Definiciones conceptuales	15
1.1 Marco teórico	15
Género y derechos	15
<i>El género como categoría analítica</i>	<i>18</i>
<i>La noción de salud y derechos sexuales como apuesta política y teórica</i>	<i>20</i>
Comunicación y Salud	23
<i>Las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes en un escenario cambiante</i>	<i>25</i>
<i>Salud digital: la configuración de un nuevo ámbito de investigación e intervención</i>	<i>27</i>
Salud Colectiva	29
1.2 Antecedentes	32
El uso de Internet para acceder a Información sobre salud y derechos sexuales	34
Páginas web y Apps sobre salud y derechos sexuales	36
Experiencias de intervención para la incorporación de las TIC en el campo de la salud y los derechos sexuales	39
El aporte del estado del arte a la formulación del problema de investigación	43
Capítulo 2	
Contexto de implementación de la salud digital	45
2.1 Legislación y políticas públicas	46
El acceso a la salud digital	46
La protección de los datos de salud	48
2.2 Iniciativas de salud digital en el campo de la salud sexual	51
2.3 Desafíos de cara al futuro	56

Capítulo 3	
Diseño metodológico	59
3.1 Investigación cualitativa en salud	59
3.2 Objetivos, presupuestos e hipótesis de trabajo	62
Objetivo general	63
Objetivos específicos	63
3.3 Trabajo de campo y conformación de la muestra	63
Criterios de inclusión en la muestra	64
Experiencia de trabajo de campo	66
Conformación de la muestra a partir del trabajo de campo	68
Capítulo 4	
Las representaciones sociales, opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre la incorporación de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual	72
4.1 Representaciones sociales de la salud digital	72
Teoría de las representaciones sociales	72
Las representaciones sociales de la eSalud/eHealth	74
1. <i>Representación social de tipo descriptivo de la eSalud/eHealth</i>	77
2. <i>Representación social de tipo valorativo de la eSalud/eHealth</i>	80
Las ideas que introducen (y los temas que omiten) las representaciones sociales de la eSalud/eHealth	82
4.2 Opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre los cambios ocasionados por la incorporación de las TIC en el campo de la salud sexual	84
“Las pacientes”: el sujeto de las intervenciones de atención de la salud sexual	84
La escucha y el cuidado en la atención de la salud sexual	86
<i>El acceso a información sobre salud y derechos sexuales online</i>	87
<i>La estandarización de la tecnología frente a lo artesanal de la práctica médica</i>	93
<i>La importancia del vínculo en la RMP y el valor de la confianza</i>	99
Los derechos sexuales y el clima de época	102
<i>La diferenciación entre la información sobre salud y sobre derechos sexuales</i>	103
<i>Autonomía y empoderamiento</i>	106
<i>Las brechas digitales de género: barreras en el acceso a la salud digital</i>	117
Conclusiones	121
Referencias bibliográficas	126
Anexo I	
Guía de pautas	135
Presentación	135
Consentimiento informado	135
Preguntas	135

Anexo II	
Contacto con los y las entrevistadas	141
Anexo III	
Características sociodemográficas de la muestra	142
Anexo IV	
Representaciones Sociales de la eSalud/eHealth	143

Agradecimientos

Quisiera agradecer a quienes acompañaron e hicieron posible esta tesis, que es resultado de un proceso a lo largo del cual han sido fundamentales.

En primer lugar, a mi directora de tesis, Mónica Petracci, por su enorme trabajo y su apoyo desde el inicio de mi formación durante la carrera de grado. Le agradezco muy especialmente por haber confiado en mí desde entonces, por haberme guiado durante estos años a partir de su enorme generosidad, por haber fomentado el interés por la investigación y la rigurosidad del trabajo y, sobre todo, por impulsarme a creer en mí. Le agradezco también por cada uno de sus comentarios sobre el trabajo y la escritura de esta tesis, por todo lo aprendido y por haber estado tan presente aún frente al complejo y adverso escenario que la pandemia de COVID-19 nos impuso. Agradezco también a Virginia Franganillo, por habernos presentado con Mónica y por su generosidad inagotable en todo momento. Le agradezco por su apoyo y compañía siempre, por mostrarme un mundo para mi desconocido hasta entonces, la militancia, la política y el feminismo.

A quienes forman parte del Proyecto de Investigación UBACyT “Relaciones médico paciente y nuevas tecnologías de comunicación y salud” dirigido por Mónica Petracci, en el marco del cual he desarrollado el trabajo de investigación que dio lugar a esta tesis. El mismo constituye un espacio de formación y debate enriquecedor en muchos sentidos, la calidez de quienes lo integran y su invitación a reflexionar y repensar sobre el tema que nos convoca desde diferentes trayectorias y recorridos ha sido para mi un importante aprendizaje.

A la Universidad de Buenos Aires, cuya financiación a través de una Beca de Maestría me permitió dedicarme de manera exclusiva y llevar adelante esta investigación. Al Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), por el marco institucional y académico imprescindible para la realización del trabajo de investigación y al Grupo de Estudios en Comunicación y Salud (GECyS). Agradezco también al Área de Salud y Población del IIGG por la generosidad de quienes integran dicho espacio, por los encuentros mensuales y las Jornadas de Debate Interdisciplinario de Salud y Población compartidas en estos años.

A la Facultad de Ciencias Sociales, a sus miembros, a sus docentes, agradezco el aprendizaje, la motivación y las oportunidades que me ha brindado desde mi ingreso como estudiante de grado a la Carrera de Sociología hasta el posgrado que culminó con esta tesis, la Maestría en Intervención Social. De esta última destaco el compromiso y el trabajo de quienes la integran, y el enorme esfuerzo que hicieron para dar continuidad a la misma en el marco de la pandemia de COVID-19 con las dificultades que eso implicó.

Merecen una mención especial también quienes generosa y desinteresadamente me brindaron su palabra y su tiempo al participar de las entrevistas, a partir de las cuales pude realizar el trabajo de investigación. Les agradezco a las y los profesionales de la salud que compartieron conmigo sus experiencias, sus ideas y reflexiones, y a todos quienes se interesaron en mi trabajo y colaboraron en la tarea de concretar dichos encuentros y ponerse en contacto con quienes podrían interesarse en participar de las entrevistas.

Por último, agradezco a mi familia y a mis amigos por alentarme y acompañarme. Por todas las charlas, por interiorizarse en temas ajenos a los suyos para compartir juntos este proceso y, por supuesto, por todos los momentos de distracción y risas, tan imprescindibles. Quiero agradecer a mi papá, Alejandro, y a mi hermana, Carmen, por ser mi sostén; a mi mamá, Leonor, para quien siempre mis alegrías fueron las suyas y esta no sería la excepción; a Nacho por compartir la vida conmigo, por alentarme en todo momento y por su amor; a Hugo y Panchita, compañeros fundamentales, sobre todo, en tiempos de cuarentena.

Son muchos quienes forman parte de este recorrido incluso antes de comenzar el proyecto de investigación y escritura de la tesis, espero con estas palabras haber reflejado la gratitud que siento hacia ellas y ellos.

Glosario de siglas y abreviaturas

App: Aplicación informática para utilizar desde dispositivos móviles.

ASPO: Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

CeSAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria.

CyS: Comunicación y Salud.

DDHH: Derechos Humanos.

HCE: Historia Clínica Electrónica.

ILE: Interrupción Legal del Embarazo.

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

LGTBIQ+: Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersex, Queer y otras identidades.

MMH: Modelo Médico Hegemónico.

MSAL: Ministerio de Salud de la Nación (Argentina).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RMP: Relación médico paciente.

TIC: Tecnologías de Información y Comunicación.

SMS: Mensajes de texto vía telefonía móvil (Short Message Service).

WA: WhatsApp.

Aclaración sobre el uso no sexista del lenguaje

El uso del lenguaje es objeto de reflexión y problematización en el marco de la presente tesis. Lo es en el campo de la Ciencias Sociales y, en particular, en los estudios de género, en el que se inscribe el presente trabajo de investigación. Asimismo, constituye una preocupación sobre la que es de mi interés reflexionar y por la que considero pertinente y necesaria la siguiente aclaración. A fines de evitar un uso sexista del lenguaje durante la escritura de la tesis se privilegió la utilización formas del lenguaje sin marcador de género. Sin embargo, a fines de facilitar la lectura no se utilizaron recursos como “@” “x” o “e”, por el mismo motivo se evitó emplear la terminación “o/a” para indicar varones y mujeres. Es por eso que en algunos casos, con el único fin de facilitar la comprensión del texto, se utiliza el masculino como genérico. También se utiliza “las profesionales de la salud” y “las entrevistadas” así como “las pacientes” para dar cuenta de la dimensión de género implicada en ambos casos y oportunamente señalada (en el primer caso, en la sección *3.3 El trabajo de campo y la conformación de la muestra del Capítulo 3* y, en segundo caso, en la sección *4.2 Opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre los cambios ocasionados por la incorporación de las TIC en el campo de la salud sexual del Capítulo 4*).

Introducción

La presente tesis –realizada en el marco de la Maestría en Intervención Social de la Universidad de Buenos Aires (UBA)– plasma el trabajo de investigación de la Beca UBACyT de Maestría titulada “eSalud y Comunicación. El impacto de la eSalud en la relación médico-paciente desde la perspectiva de ginecólogos/as y obstetras de la Ciudad de Buenos Aires”¹ y mi recorrido por espacios académicos de formación y debate. Entre ellos, destaco el aporte de los seminarios de posgrado cursados en la Facultad de Ciencias Sociales (FSOC, UBA) durante 2019-2020 y la participación como becaria en el Proyecto de Investigación UBACyT “Relaciones médico paciente y nuevas tecnologías de comunicación y salud”².

La incorporación de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual (salud digital, eSalud, *eHealth*, en inglés) comprende la temática general de la tesis, en la que se inscribe el problema de investigación. El mismo hace énfasis en la dimensión comunicacional de la salud digital y se pregunta por los cambios que introducen las TIC en el ámbito de las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes/ usuarios de los sistemas de salud (a las que, históricamente, la bibliografía denomina relaciones médico-paciente, en adelante: RMP) desde la perspectiva de profesionales de la salud sexual que se desempeñan en la red asistencial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

El planteo del problema de investigación

La delimitación del problema de investigación tiene su origen en el interés por la temática. Este se sustenta, en primer lugar, en un interés personal por la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en particular por la problemática del aborto. El mismo fue plasmado en los hallazgos sobre el escenario público del aborto y las representaciones sociales sobre su despenalización (Elicabe, Petracci y Franganillo, 2016) del Proyecto de Investigación “Despenalización del aborto. Representaciones sociales de una problemática controvertida. Un estudio cualitativo en la Ciudad de

¹ Beca de Investigación UBACyT de Maestría otorgada en el marco de la convocatoria 2018, con la dirección de Mónica Petracci en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (IIGG), FSOC, UBA.

² Proyecto de Investigación UBACyT (20020170100627BA) de la Programación Científica 2018, dirigido por Mónica Petracci, con el apoyo de la Secretaría de Ciencia y Técnica (SECyT) de la UBA.

Buenos Aires, Argentina”³. En segundo lugar, se sustenta en un interés más reciente por conocer los cambios que introducen las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual⁴ y la apropiación de derechos, plasmado en el Proyecto de Investigación que dio lugar a la presente tesis.

Los cambios ocasionados por la incorporación de las TIC se visibilizaron en las marchas realizadas a partir del año 2015 bajo la consigna “Ni una Menos” (motivadas por el reclamo contra la violencia de género), el debate por la legalización del aborto (en el año 2018), la problematización de la salud y los derechos sexuales en un sentido más amplio y el fenómeno conocido como marea verde, de modo que la configuración reciente de este escenario público y político lleva la impronta de las TIC (Laudano, 2018). El planteo del problema de investigación se justifica, entonces, por la relevancia que la interrelación de dimensiones de diferente orden tiene para el tema –la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual–, a saber: el impulso de las TIC a la participación; las manifestaciones en el espacio público y político en torno a la salud y los derechos sexuales; el mayor acceso y apertura a información que suponen las prácticas vinculadas a la salud digital en la salud sexual (difusión de contenido en redes sociales, acceso a información *online*, teleconsultas, entre otras); y las implicancias de estas prácticas, principalmente el acceso a información *online*, en un contexto restrictivo con respecto al aborto (como era el de la Argentina antes de diciembre de 2020).

Por último, la pregunta por la dimensión comunicacional de la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual desde el campo de Comunicación y Salud (CyS) problematiza el carácter participativo que la misma promete en términos de mayor autonomía y empoderamiento, y permite asumir una postura crítica respecto de este tipo de tecnologías. En este sentido, el planteo del problema de investigación es pertinente en el marco de la Maestría en Intervención Social porque se inscribe en los debates y reflexiones en torno a la producción de

³ Beca de Investigación UBACyT de Estímulo otorgada en el marco de la convocatoria 2014, con la dirección de la doctora Mónica Petracci en el IIGG, FSOC, UBA.

⁴ En adelante, el término salud y derechos sexuales incluye la salud y los derechos reproductivos (tal como se retoma y profundiza en el *Capítulo 1*). El pasaje de un término a otro es resultado de reflexiones teóricas por parte de los estudios de género, perspectiva que contribuye a la construcción del problema de investigación.

conocimiento sobre intervención social y políticas públicas (Bottinelli, 2015; Lois, 2015; Uranga, 2016). La comunicación es una dimensión constitutiva del proceso de las políticas públicas, la participación comunitaria (uno de sus pilares) hace del intercambio y el diálogo entre los actores que conforman el escenario político y social un instrumento necesario en la implementación de las mismas (Uranga, 2012). Al mismo tiempo, desde CyS, la investigación se considera inseparable del proceso de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas (Petracci y Rodríguez Zoya, 2018). En el trabajo de articulación entre investigación e intervención social radica la importancia de aunar esfuerzos teóricos y empíricos desde diferentes disciplinas y, por sobre todo, se inscribe el aporte que se propone la producción de esta tesis al campo de conocimiento sobre intervención social.

Los objetivos y el diseño metodológico

El objetivo general es conocer y comprender los cambios que introduce la salud digital en el ámbito de la RMP desde la perspectiva de profesionales del campo de la salud sexual. Los mismos constituyen un actor social privilegiado para dar cuenta de las transformaciones que producen las TIC en la RMP, están involucrados en dichas relaciones y modifican sus prácticas en función de la incorporación de este tipo de tecnologías. A su vez, la relevancia de recuperar su punto de vista se inscribe en una línea de investigación profusa que, desde el campo de las Ciencias Sociales, estudia las opiniones de profesionales de la salud en el campo de la salud y los derechos sexuales (Mejía *et al.*, 2000; Petracci, 2004; Ramos *et al.*, 2001; Ramos, 2015).

Al referirse a la perspectiva de profesionales de la salud se alude a su punto de vista, entendido como un complejo entramado de: 1. Representaciones sociales (ideas subyacentes); 2. Percepciones (impresiones generales ligadas a lo sensorial y al plano de la experiencia y la práctica); y 3. Opiniones (formas de pensar más articuladas y que implican un posicionamiento sobre un tema). De esta forma, el objetivo general comprende estas tres dimensiones, contempladas cada una de ellas en un objetivo específico (tal como se detalla en el *Capítulo 3*).

Dado el carácter exploratorio y descriptivo de la investigación, el diseño metodológico es de tipo cualitativo. El mismo resulta adecuado porque permite

indagar sobre aspectos ligados a la subjetividad de los actores, sus percepciones, ideas y significaciones. La muestra es de tipo no probabilístico y está integrada por catorce profesionales del campo de la salud sexual que se desempeñan en la red asistencial de CABA. La técnica de relevamiento empleada es la entrevista semiestructurada, con consentimiento informado. Las entrevistas se llevaron a cabo entre noviembre de 2019 y marzo de 2020, fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis. El mismo es de tipo cualitativo, lo que permite adentrarse en el discurso de los entrevistados, para explorar el sentido que dan a sus prácticas y conocer los cambios que introduce la incorporación de las TIC en la RMP desde su perspectiva.

La estructura de la tesis

La tesis se organiza en cuatro capítulos. En el *Capítulo 1. Definiciones conceptuales* se desarrollan, como su nombre lo indica, las perspectivas teóricas y los aportes de la bibliografía sobre el tema, a partir de los que se define el problema de investigación. El capítulo se divide en dos secciones: *1.1. Marco teórico* y *1.2. Antecedentes*. La primera, plantea el marco teórico, los conceptos y enfoques teóricos desde los cuales se aborda el problema de investigación y comprende tres apartados: *Género y derechos, Comunicación y Salud y Salud Colectiva*. La segunda, presenta una sistematización de la bibliografía sobre el tema, es decir, el estado del arte. Consiste en un recorrido por los trabajos de investigación que se preguntan por los cambios que introducen las TIC en el campo de la salud y los derechos sexuales, con el propósito de conocer qué se investiga sobre el tema y desde qué enfoques.

En el *Capítulo 2. Contexto de implementación de la salud digital*, se presenta el marco contextual del trabajo de campo de la tesis, es decir, aquel en el que se inscriben las perspectivas de profesionales de la salud sobre los cambios que introducen las TIC, de manera de situar sus respuestas en el contexto en que fueron formuladas. El capítulo comprende un repaso de la legislación que configura el marco normativo; un mapeo de las políticas públicas de iniciativa nacional para la implementación de la salud digital; y un recorrido por las políticas públicas que

tienen lugar específicamente en CABA y que desarrollan estrategias de salud digital referidas a la salud y los derechos sexuales.

En el *Capítulo 3. Diseño metodológico*, se detallan las decisiones metodológicas que guiaron el proceso de investigación. El mismo comprende algunas precisiones sobre la investigación cualitativa en salud; los objetivos, presupuestos e hipótesis de trabajo; la experiencia del trabajo de campo y la configuración de la muestra. Este capítulo busca dar cuenta del proceso de investigación y las decisiones metodológicas adoptadas durante el mismo.

En el *Capítulo 4. Las representaciones sociales, opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre la incorporación de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual* se presenta el análisis cualitativo de las entrevistas y su interpretación en función del marco teórico propuesto. El capítulo está organizado en dos secciones que recogen las principales dimensiones de análisis. La primera, comprende el análisis de las representaciones sociales de profesionales de la salud sexual sobre la eSalud/eHealth a partir de la teoría de las representaciones sociales elaborada por Moscovici (1961) y retomada por Jodelet (1991, 2008). La segunda, recupera las dimensiones planteadas en la guía de pautas y los ejes temáticos emergentes del trabajo de campo (tales como: la escucha, el cuidado en la atención de la salud sexual; la confianza como elemento central de la RMP; la diferencia entre la información *online* sobre salud y sobre derechos sexuales).

Por último, en las *Conclusiones* se recuperan los principales temas planteados a lo largo de la tesis, las conclusiones del trabajo en su totalidad y algunos interrogantes sobre los desafíos que presenta la incorporación de las TIC en el campo de la salud de cara al futuro. En especial si se tiene en cuenta que durante la pandemia de COVID-19 la misma se masificó y aceleró. Se desplegaron entonces diversas estrategias de salud digital que favorecieron la atención a distancia y toda vía de comunicación que evitase en el encuentro presencial entre personas, y con él, la propagación del virus causante de la pandemia, así como la utilización de las TIC para obtener información en tiempo real, que permitiese evitar o controlar brotes. En este sentido, la presente tesis se propone ser un insumo para reflexionar al respecto.

Capítulo 1

Definiciones conceptuales

En este capítulo se desarrollan las perspectivas teóricas y los aportes de la bibliografía sobre el tema, a partir de los cuales se define el problema de investigación. El capítulo se organiza en dos secciones: la primera, plantea el marco teórico, los conceptos y enfoques teóricos desde los cuales se define el problema de investigación; y la segunda, recupera los principales hallazgos del estado del arte, es decir, los resultados de investigaciones que trabajan sobre los cambios que introducen las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual, y finaliza con algunas reflexiones sobre los principales aportes de dichos antecedentes al planteo del problema de investigación.

1.1 Marco teórico

El recorrido por los conceptos y perspectivas teóricas para la aproximación al problema de investigación comprende tres enfoques. En primer lugar, el enfoque de *Género y Derechos*, para definir el concepto de salud y derechos sexuales. En segundo lugar, el enfoque de *Comunicación y Salud (CyS)*, para abordar la dimensión comunicacional de la salud, la relación entre médicos o profesionales de la salud y pacientes (RMP) y la definición del concepto de salud digital. En tercer lugar, el enfoque de *Salud Colectiva*, para problematizar los procesos de cuidado y atención desde un enfoque crítico a partir de la sinergia entre salud y Derechos Humanos (DDHH), el concepto de vulnerabilidad y la categoría de cuidado en el marco de las interacciones interpersonales que tienen lugar en los procesos asistenciales (entre las que se encuentra la RMP). A continuación, se presenta el desarrollo de estos tres enfoques.

Género y derechos

Desde mediados del siglo XX, los movimientos feministas y los estudios de género han colocado el cuerpo y la importancia de estudiar y comprender una serie de fenómenos sociales vinculados a los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidados en el centro del debate político y académico. Sus aportes parten de la problematización de temas como la sexualidad, el cuidado, la maternidad, los

efectos de las relaciones de género en el ejercicio del derecho a la salud y en la organización de los sistemas sanitarios. La introducción de estos temas en el espacio público tiene lugar en el marco de un proceso de ciudadanía de las mujeres (Brown, 2014). El mismo va de la lucha por su incorporación al espacio público (educación, voto) a la politización del espacio privado (las relaciones familiares y la maternidad); e implica una redefinición de las fronteras de lo femenino y la política misma bajo el lema: “lo personal es político” (Brown, 2011; Fraser, 1997).

Asuntos históricamente vinculados a la esfera privada (a lo doméstico) se configuran entonces como demandas socialmente problematizadas, es decir, en términos de Oszlak y O'Donnell (1981), como cuestiones frente a las cuales hay sectores de la sociedad que consideran que es necesario actuar (ya sea instalar, modificar, etc.) y están en condiciones de promoverlo. Los movimientos de mujeres y feministas lograron la incorporación del enfoque de género en la agenda política internacional y transformaron la equidad de género en un bien público global. Esto explica, de acuerdo con el planteo de Tajer (2014), el auge de la mirada de género en salud, su visibilidad y su incorporación en la agenda de las políticas públicas.

El imperativo ético de la equidad en el ejercicio del derecho a la salud se encuentra en la base de la incorporación del enfoque de género en salud. Este supone el reconocimiento de las asimetrías sociales establecidas en función del género, que implican diferentes modos de cuidar la salud, enfermar, recibir atención y morir (Tajer, 2014). En este sentido, el enfoque de género y derechos en salud vislumbra y problematiza la desigual distribución de poder y recursos, que se basa en diferencias de género y que produce inequidades en el campo de la salud que son evitables e injustas (Gómez, 2002).

A su vez, la perspectiva interseccional permite abordar la interacción del género con otros marcadores de inequidad para dar cuenta de la opresión que tiene lugar por la combinación de los mismos. La interseccionalidad como apuesta conceptual y política se nutre de los aportes del *black feminism* y el feminismo latinoamericano, en tanto enfoques epistémicos descolonizadores (Viveros Vigoya, 2016). El aporte de este enfoque consiste en visibilizar la yuxtaposición de las dimensiones de género, clase, etnia, edad (entre otras) que marcan desigualdades

en los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidados en tanto fenómenos sociales complejos. En lo que refiere al problema de investigación de la presente tesis, este enfoque permite problematizar las brechas digitales en las que el género interacciona con otros factores (socioeconómicos y etarios, por ejemplo) para dar lugar a desigualdades en el acceso, uso y apropiación de las TIC, que se constituyen como un obstáculo en la implementación de estrategias e intervenciones de salud digital.

El acceso diferenciado a las TIC produce efectos en las tres dimensiones que comprende la equidad de género en salud, tal como las define Gómez (2002). Impacta en el estado de salud y en el acceso a la misma, cuando la atención o el acceso a la información necesaria para la gestión de los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidados está mediada por las TIC. Y tiene efectos negativos en cuanto a las posibilidades de participación en la producción de la salud. Sobre todo si se tiene en cuenta que el sector de las TIC en Argentina es preponderantemente masculino, dada la histórica asociación entre la tecnología y la esfera de lo público/ lo masculino, tal como se proponen visibilizar diversas organizaciones que buscan reducir las brechas de género en el mundo *tech*⁵. Producto de esta desigualdad, las herramientas a partir de las cuales se incorporan las TIC en salud son producidas y desarrolladas en un ambiente donde tienen preponderancia los varones, sobre todo en la ocupación de puestos de poder y toma de decisiones.

La aspiración de las mujeres a apropiarse de las TIC constituye en sí mismo un proyecto político (Causa, 2009), tal como lo plantea el ciberfeminismo (en sus diferentes corrientes) al definir el campo virtual como un campo de lucha para la conquista de derechos. En este sentido:

[...] lo que el feminismo viene a cuestionar no son solo los efectos de una cultura machista, sino la propia constitución de la ciencia y la tecnología a partir de una perspectiva que no sólo excluye a las mujeres, sino a todos los grupos que están afuera de las formas androcéntricas dominantes (Natansohn, 2013, p. 22).

⁵ Entre ellas: Chicas Programando (<https://bit.ly/3Av8ju2>), [Las] de sistemas (<https://bit.ly/3hgtOqT>) y Women Who Code Buenos Aires (<https://bit.ly/2TDitbx>), Fundación Activismo Feminista Digital (<https://bit.ly/3wj6xci>).

Es por eso que la incorporación del enfoque de género y derechos en los procesos de cuidado y atención de la salud, en particular en materia de salud y derechos sexuales, constituye un aporte teórico y una apuesta política. Se caracteriza por “[...] incorporar una nueva mirada de las diferencias y especificidades en salud de mujeres y varones desde una perspectiva de ciudadanía y derechos” (Tajer, 2014, p. 16) y se inscribe en el campo de estudios sociales que toman como objeto de estudio la salud (y los procesos de cuidado y atención que involucra). Habita, por lo tanto, la transdisciplinariedad que exige su abordaje y los desafíos que ello supone.

El género como categoría analítica

El género es un concepto complejo y dinámico, desde sus primeras formulaciones está en el centro de la controversia teórica y política al ser objeto de debate y reelaboración permanente por parte del feminismo y los estudios de género (Bonder, 1998). Con el objetivo de enmarcar conceptualmente el problema de investigación de esta tesis y aportar elementos para su posterior análisis, se parte de la categoría de género definida como la organización social de las relaciones entre los sexos. Es decir, las atribuciones culturales que recaen sobre los cuerpos sexuados que “[...] no radica en sus especificidades anatómicas, sino en las desigualdades que las sociedades han tramitado con las mismas” (Fernández, 2001, p. 7). La categoría de género resulta relevante en este punto por su entrecruzamiento con el campo de la salud y sus aportes para la problematización de la salud y los derechos sexuales. A continuación, se desarrollan los principales ejes del debate en torno a su definición.

Una primera aproximación a la categoría género comprende la definición elaborada por Scott (1986). La misma se articula en torno a dos dimensiones interrelacionadas entre sí. De acuerdo con la primera, el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales que se basa en la diferencia entre los sexos. De acuerdo con la segunda, el género constituye una forma primaria de las relaciones significantes de poder, es decir, es uno de los principales sistemas en los que se define y estructura la dominación. Frente a los argumentos de tipo biologicistas que justifican la dominación ejercida sobre las mujeres, Scott (1986)

plantea el carácter cultural e histórico del género en tanto construcción social. Desde este enfoque, el género es concebido como la interpretación sociohistórica de la diferencia entre los sexos. De esta forma, los estudios de género ponen en cuestión el carácter “natural” de la dominación, la lógica binaria y jerárquica sobre las que se sustentan las premisas biologicistas, esencialistas y universalistas (Bonder, 1998) y las formas en las que se construye cultural e históricamente el género en tanto institución social. Cuestionan, entonces, las nociones de feminidad y masculinidad a partir de las que se establecen jerarquías y se definen roles, comportamientos, actitudes, expectativas, modos de sensibilidad y conocimiento.

Estas primeras definiciones de la categoría género, desarrolladas a lo largo de los años setenta y ochenta del siglo XX, lograron situar con argumentos fuertes la problemática de la dominación ejercida sobre las mujeres en la agenda del debate político y teórico; sin embargo, han sido objeto de críticas y reformulaciones (Bonder, 1998). Las mismas interactúan con las corrientes de pensamiento dominantes en cada época y se estructuran, tal como señala Bonder (1998), en torno a los siguientes puntos: 1) la crítica al binarismo sexo/ género y a su carácter determinista, a partir del cual se considera al sexo como dato biológico (natural, y por lo tanto dado) y al género como construcción cultural (posible de ser modificada). En esta línea se inscribe la crítica de Butler que sostiene que esta concepción del género reproduce la lógica binaria que funda y legitima las jerarquías; 2) la crítica al supuesto de que existen solamente dos géneros de carácter universal y excluyente; 3) la crítica al sustancialismo en la construcción de la categoría de mujer, propia de algunas aproximaciones teóricas dentro del feminismo; 4) la crítica a la concepción victimista a la que recurren ciertos estudios sobre la opresión de género; y 5) la crítica a la idea de que exista un sujeto o identidad personal anterior al género.

De esta forma, no existe una sino varias teorías de género y es en ese dinamismo que la categoría “género” encuentra una de sus principales fortalezas teóricas y políticas. Según Bonder (1998), “Lejos de plantear un obstáculo, este fenómeno da cuenta de la vitalidad de la práctica teórica y de su empeño consecuente con la revisión crítica de toda forma de dogmatismo” (p. 3). En sus diferentes reformulaciones, la categoría de género resulta potente a la hora de

visibilizar dispositivos de poder que justifican desigualdades sociales. En la base misma del debate académico se encuentra la pregunta formulada con precisión por el feminismo: ¿por qué la diferencia sexual implica desigualdad social? (Lamas, 1996). En la denuncia de este problema político y su aproximación teórica se encuentra uno de los principales aportes del enfoque de género para los estudios sociales de la salud, en particular en el campo de la salud y los derechos sexuales.

La noción de salud y derechos sexuales como apuesta política y teórica

La conceptualización de la salud y los derechos sexuales ocupa un lugar central en los estudios de género. En esta noción confluyen, tal como plantean Petracci y Pecheny (2009), procesos sociopolíticos y normativos.

Los procesos sociopolíticos son aquellos que se expresan en las demandas y reivindicaciones de los movimientos de mujeres, feminismos y movimientos de Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersex, Queer y otras identidades (LGBTIQ+). La reivindicación de los derechos sexuales desde el enfoque de género pone en cuestión los límites entre lo privado y lo público/político, lo “natural” y lo socialmente construido, y supone un proceso en el cual las relaciones sociales se politizan (Petracci y Pecheny, 2009). Las demandas y reivindicaciones de los movimientos de mujeres y feministas se inscriben, a su vez, en el marco de procesos sociohistóricos. Entre ellos se destaca el lugar que ocupó el cuerpo de las mujeres como eje central de las políticas demográficas de principios y mediados del siglo XX. Mientras que las regulaciones e intervenciones sobre su fecundidad variaron en función de los objetivos políticos de los diferentes gobiernos, se mantuvo inmutable el binomio mujer-madre y la ausencia del reconocimiento de la voluntad de las mujeres sobre la maternidad como un derecho a ser garantizado. Hacia fines del siglo XX la forma de interpelación a las mujeres como sujeto de las políticas públicas y normativas comenzó a cambiar a nivel internacional, se produjo un viraje por el cual la sexualidad y la reproducción se corrieron del eje de las políticas de población al de los DDHH.

Los procesos normativos a partir de los que se configura la noción de derechos sexuales comprenden: la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que en 1968 reconoció

como un derecho humano de las personas la posibilidad de decidir sobre el número y momento de tener hijos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por su sigla en inglés), que en 1979 reconoció el derecho de las mujeres a contar con servicios de planificación familiar (a la cual la Argentina suscribió en 1985 e incorporó a su Constitución en 1994); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994 por la ONU; la IV Conferencia Internacional de la Mujer llevada a cabo en Beijing en 1995; y la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe realizada en Quito en 2007, que otorgó reconocimiento a las desigualdades de género como determinantes sociales de la salud e hizo énfasis en la salud y los derechos sexuales y reproductivos (como parte de los derechos humanos y de la noción de salud integral).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que los derechos sexuales ingresaron a la agenda de los organismos internacionales por la vía de los derechos reproductivos, originalmente relacionados con la salud de las mujeres y el aborto (Di Marco, 2012). En esta línea se inscribe la noción de salud reproductiva tal como la definió en 1994 la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo:

[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (p. 37).

Posteriormente, la definición elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) adoptó un enfoque holístico para redefinir la relación intrínseca entre salud sexual y salud reproductiva a partir de la diferenciación entre las cuestiones que atañen a cada una de ellas y la definición del bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, como eje central.

Dada la dificultad que supone hacer coincidir el plano declarativo, el normativo y el de las políticas públicas concretas, existe una brecha entre los compromisos internacionales asumidos por nuestro país y las políticas y legislaciones vigentes en materia de salud y derechos sexuales. La penalización del aborto hasta diciembre del 2020 era un claro ejemplo de esto (Mateo, 2017), así

como lo son las dificultades que supone actualmente su efectiva implementación (Tessa, 2021). A pesar de estas dificultades, la salud y los derechos sexuales se instalaron progresivamente en el espacio social en el marco de los DDHH, las políticas y el debate público a partir de 1983 en la Argentina (Lois y Petracci, 2014). Como parte de este proceso se avanzó en la aprobación de leyes relativas a temas como contracepción quirúrgica, anticoncepción hormonal de emergencia, educación sexual, reproducción médicamente asistida, matrimonio igualitario, identidad de género y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

En el discurso de DDHH distintos grupos subalternos unifican sus reclamos para obtener reconocimientos legales y conquistar derechos específicos, ya que el lenguaje del derecho es aquel mediante el cual se resiste y se demanda, la lengua común entre los oprimidos que desean emanciparse (Brown, 2011). Allí se inscriben las demandas del movimiento de mujeres y feministas que en torno a los derechos sexuales exigen la universalización de asuntos que derivan de la experiencia singular/ personal y la consolidación de sus demandas en el lenguaje universal de la ley. Tal como señala Di Marco (2005):

La politización de la sociedad, al instalar nuevos intereses en la agenda pública, permite la ampliación de la ciudadanía. El discurso de derechos hace visible y legible al poder y permite revisar y deconstruir los viejos contratos y acuerdos autoritarios de la sociedad, en los niveles macro y micro políticos (p. 157).

Desde el enfoque de género y feminista la demanda por el reconocimiento de la sexualidad, sin vincularla necesaria y únicamente a la reproducción, se inscribe en el plano de la ciudadanía sexual, en tanto campo de lucha de los movimientos de mujeres, feminismos y movimientos LGTBIQ+ (Di Marco, 2012). Esta cuestión es objeto de reflexión y debate por parte de los estudios de género, ya que la separación de la sexualidad y la reproducción está, tal como plantea Brown (2014), en el centro de las demandas y reivindicaciones de los movimientos de mujeres y feministas. Es justamente en el cuestionamiento de la maternidad como único destino posible para las mujeres y el reclamo por el derecho al aborto que los derechos sexuales se posicionan como punto nodal para pensar la ciudadanía plena de las mujeres, en relación con lo cual Brown (2014) propone y desarrolla el concepto de derechos (no) reproductivos y sexuales. Con el “no” contenido entre

paréntesis la autora pone en cuestión el binomio sexualidad/reproducción e inscribe la no reproducción en el plano de lo posible, como elección y derecho.

Por otra parte, en relación con esta cuestión Di Marco (2012) plantea que los derechos reproductivos son parte de los derechos sexuales y señala que:

La insistencia en el deslizamiento al campo de la salud, como “salud reproductiva” pone el foco justamente en la reproducción y no en el ejercicio de la sexualidad, cualquiera sea su finalidad, y despolitiza la lucha en torno a los derechos sexuales (p. 221).

En esta línea se inscribe el concepto de salud y derechos sexuales tal como se lo utiliza a lo largo de esta tesis, entendiendo que abarca y contiene la salud y los derechos reproductivos dado que “[...] la propia noción de derechos sexuales implica el reconocimiento del valor de la sexualidad para la realización personal, independientemente del fin reproductivo al cual puede estar asociada” (Pecheny, 2007, p. 298).

Comunicación y Salud

La relación dialógica y recursiva entre dos dominios relativamente autónomos (la comunicación y la salud) da lugar al campo de conocimiento y práctica de Comunicación y Salud (CyS). El mismo tiene lugar en una interacción que trasciende la suma o la mera yuxtaposición de ambos dominios para dar lugar a un campo nuevo, con las especificidades que eso supone, es decir, más allá de la subordinación de un dominio al otro y su vinculación con fines instrumentales (Rodríguez Zoya, 2017). Tal como señalan Cuberli y Soares de Araújo (2015), la multidisciplinariedad del campo de CyS se expresa en la utilización de la “y” en su nombre, que da cuenta de esta articulación que entraña complejidad y delimita un territorio específico de disputas, que implica dejar de lado la creencia de que lo comunicacional es una herramienta al servicio de otras disciplinas, en este caso, la salud. CyS supone, entonces, el paso de una perspectiva comunicacional “difusionista” instrumental a una “procesual” relacional que da cuenta de los procesos de producción social de sentidos (Cuberli, 2008; Lois y Petracci, 2014; Uranga, *et al.*, 2002). Esta perspectiva se sustenta sobre una mirada más amplia de lo comunicacional, que incorpora la trama cultural y política (Bruno *et al.*, 2011).

De esta forma, CyS se configura como un campo de conocimiento y práctica, que parte de la concepción de la comunicación como un proceso complejo y dinámico en el que intervienen múltiples actores y se efectúan cambios tanto sociales como comunicacionales (Petracci, *et al.*, 2017; Petracci y Waisbord, 2011). Esta concepción de la comunicación interactúa con una concepción integral de la salud, que entiende que la misma comprende un fenómeno social complejo y multidimensional. De acuerdo con la definición formulada por la OMS (1948, p. 1) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. A pesar de las críticas que ha recibido y las limitaciones que presenta, esta forma de concebir la salud resulta vigente y permite superar el enfoque asistencialista, muchas veces predominante en el campo de la salud (Alcántara Moreno, 2008). Esta concepción, tanto de la comunicación como de la salud, da cuenta de la complejidad y transdisciplinariedad propia de los campos en cuya intersección tiene lugar la CyS.

El interés por el entramado socio comunicacional involucrado en la salud, en particular en la salud pública, dio lugar a la conformación del campo de CyS a mediados del siglo XX. El mismo, se nutre de las teorías críticas del momento tales como la teoría de la recepción, los estudios culturales y el análisis del discurso. Desde este enfoque resulta central el concepto de participación, que tiene sus antecedentes en la comunicación popular, participativa y dialógica, y pone el acento en las comunidades, cuya participación tiene como finalidad promover prácticas de intervención en CyS que sean más democráticas, inclusivas y horizontales (Cuberli y Soares de Araújo, 2015). El proceso comunicacional se constituye desde este enfoque como una instancia participativa, de construcción de ciudadanía y ampliación de derechos, que supera la mera producción de contenidos comunicacionales que buscan promover cambios en los comportamientos individuales (Petracci, 2015).

El concepto de participación constituye un aporte para pensar y problematizar los cambios que introduce la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual. La salud digital, en tanto “ámbito” de CyS (Petracci, 2012; Petracci y Rodríguez Zoya, 2020), requiere de la participación de los pacientes o usuarios en la producción y construcción de sentidos sociales. Por otra

parte, se habilita la pregunta sobre quiénes participan efectivamente en Internet. Las brechas digitales para el acceso, utilización y reapropiación de las TIC marcan accesos diferenciados a un espacio que se supone plural y diverso (al menos discursivamente) y eso pone en cuestión la idea de participación. Si bien, tal como señala Schwarz (2017b), los organismos internacionales alientan y promueven la utilización de las TIC como factor de desarrollo económico e inclusión social y como medio para combatir las inequidades en salud, las desigualdades sociales se profundizan en el espacio virtual. En este sentido, la idea de participación que promueven las TIC, en especial Internet y las redes sociales, difiere de aquella que introduce CyS de la mano de corrientes críticas como la comunicación popular. Sin embargo, permite vislumbrar un espacio de intervención que se puede resignificar y repensar en términos más participativos y democráticos.

En síntesis, la problematización de la dimensión comunicacional de la salud desde el enfoque de CyS, en el que se inscribe la incorporación de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual, comprende sus tres núcleos teóricos: 1) su configuración como un campo, en el sentido bourdieusiano, atravesado por tensiones, conflictos y desafíos (Cuberli y Soares de Araújo, 2015); 2) su carácter complejo, que requiere concebir estrategias transdisciplinarias para su comprensión que no se agotan en el diálogo entre saberes sino que suponen la problematización de las propias prácticas epistémicas y formas de construir conocimiento desde las ciencias sociales (Rodríguez Zoya, 2017); y 3) su heterogeneidad, cuya cartografía comprende una gran diversidad temática que involucra múltiples actores sociales y ámbitos comunicacionales (Petracci, 2012, 2015).

Las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes en un escenario cambiante

El modelo médico hegemónico (MMH), tal como lo definió Menéndez (1988), se caracteriza por el abordaje de la salud desde un enfoque positivista y biologicista, regido por la verdad indiscutible de la palabra médica, que da lugar a un modelo de RMP asimétrica en términos de poder, saber y vocabulario empleado (Boltanski, 1975; Clavreul, 1978 y Foucault, 1963, citados en Petracci *et al.*, 2017). El cambio en la forma de concebir al paciente, que empieza a ser visto como sujeto de

derechos (puede plantear dudas, negociar y reclamar), produce transformaciones en este modelo de RMP tradicional. La misma pasa de un formato diádico a uno institucional, el paciente se convierte en usuario de servicios cuyo vínculo con los mismos se encuentra mediado por la tecnología e Internet, y se configuran nuevos modelos o formatos de RMP que conviven entre sí no exentos de conflicto, de modo que dichas relaciones oscilan entre dos modelos: uno paternalista centrado en la autoridad del médico y otro que reconoce la autonomía de los pacientes/ usuarios (Petracci *et al.*, 2017).

Tal como señalan Cófreces, Ofman y Stefani (2014), el concepto de autosuficiencia da lugar a las nuevas formas de RMP que se desarrollan como respuesta al paternalismo médico durante la década del '70 del siglo XX. Se configuran, entonces, nuevos modelos de relación centrados en el paciente, sus derechos (a estar informado y tomar decisiones sobre su salud), sus ideas y percepciones sobre la salud y su entorno social y afectivo. Se instala como ideal un tipo de paciente activo, que gestiona su salud y se interesa por ella, que toma decisiones informadas al respecto y asume responsabilidades (y riesgos). Comienzan a contemplarse como parte constitutiva de los procesos de cuidado y atención de la salud los aspectos subjetivos, emocionales y comunicacionales involucrados en dichos procesos, en particular en el ámbito de la RMP. De esta forma, la comunicación centrada en el paciente se reconoce como un factor fundamental para el abordaje psicosocial de los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidados, cuya participación se destaca como una fortaleza. Las habilidades comunicacionales de los profesionales de la salud se vuelven centrales y se relacionan con la satisfacción de los pacientes y su adherencia a los tratamientos médicos prescritos (Cófreces *et al.*, 2014).

Cobra relevancia, entonces, el concepto de empoderamiento, que se destaca como uno de los beneficios de la incorporación de las TIC en el campo de la salud. Alcántara López (2015) retoma este concepto para pensar los cambios que produce en la RMP el nuevo perfil de paciente, aquel con mayores responsabilidades y participación en los procesos de cuidado y atención de su salud. Tal como plantea el autor, la utilización de las TIC en salud alienta y posibilita que los pacientes y usuarios asuman un rol activo en la gestión de su salud (a partir, por ejemplo, del

acceso a información *online*). A su vez, el concepto de empoderamiento involucra otras dimensiones de análisis en lo que refiere a la salud y los derechos sexuales, ya que el mismo forma parte de la agenda de los organismos internacionales y es objeto de debate desde los estudios de género. En este sentido, por ejemplo, la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) propone entre sus objetivos: “Mejorar el uso de la tecnología instrumental, en particular las tecnologías de la información y las comunicaciones, para promover el empoderamiento de la mujer” (ODS.5: Igualdad de género). Sin desarrollar en detalle el recorrido teórico en torno a este concepto, se retoma la propuesta que formula Di Marco (2005) de repensar las implicancias del empoderamiento desde el enfoque de democratización, para inscribirlo en los procesos de ampliación y reconocimiento de derechos.

En este escenario se inscribe la incorporación de las TIC en salud, que introduce cambios, a su vez, en el formato de RMP tradicional. En torno a la pregunta por dichos cambios confluyen tanto las investigaciones que indagan sobre salud digital, sus potencialidades y limitaciones para los procesos asistenciales en salud, como las que centran la mirada en los modelos de RMP y sus transformaciones a lo largo de la historia (Nwosu y Cox, 2000; Pagliari *et al.*, 2005; Petracci *et al.*, 2017; Schwarz, 2016; Tan y Goonawardene, 2017; Villanueva, 2011). En esta intersección entre ambas líneas de investigación se configura el problema sobre el que indaga la presente tesis.

Salud digital: la configuración de un nuevo ámbito de investigación e intervención

La incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud es un fenómeno cada vez más extendido. Para referirse al mismo, desde el año 2000 se utiliza el término en inglés *eHealth* (Pagliari *et al.*, 2005) y en castellano salud digital, eSalud, telesalud, cibersalud, entre otros. Más allá de la polisemia que lo caracteriza, el concepto comprende una serie de prácticas que suelen estar vinculadas a la utilización en salud de redes digitales o tecnológicas, especialmente relacionadas con Internet. Se trata, a su vez, de un concepto dinámico, ya que las prácticas que involucra se modifican rápidamente al ritmo de los avances tecnológicos. Entre ellas, se destacan: la comunicación en red para la gestión de

sistemas de salud y vigilancia epidemiológica; los portales de salud y la Historia Clínica Electrónica (HCE); la difusión de contenido sobre salud *online*; las aplicaciones de automonitoreo de la salud disponibles para utilizar desde teléfonos celulares y las teleconsultas realizadas entre profesionales de la salud (interconsultas) y con pacientes (teleasistencia). Tal como fue planteado previamente, estas prácticas, algunas más extendidas que otras, introducen cambios en el proceso de cuidado y atención de la salud y las RMP.

Desde el campo de CyS la salud digital es definida como “[...] un modo de trabajo y comunicación en el campo de la salud –un ecosistema complejo de convergencia de pantallas, dispositivos, saberes y subjetividades– mediado tecnológicamente, en una sociedad global y en red” (Petracci y Schwarz, 2020, p. 19). En línea con este planteo, Rodríguez Zoya (2020) propone la tríada “comunicación-salud-tecnologías”. En la articulación de estos tres dominios se configura la salud digital como “[...] ámbito de objetos, prácticas, saberes y posibilidades de un nuevo orden” (Rodríguez Zoya, 2020, p. 45).

La salud digital es objeto de una serie de debates, particularmente vigentes en el contexto actual, dada la relevancia que cobran las TIC en la implementación de estrategias para dar respuesta a la pandemia de COVID-19. Estos debates problematizan las potencialidades y limitaciones de la salud digital, sus implicancias legales y éticas, el resguardo de la confidencialidad y privacidad de los datos y los cambios que introduce en la RMP. La posición hegemónica en este campo de estudios, por parte de las ciencias médicas y organismos internacionales, asume una postura optimista y acrítica a la que Lupton (2014a) se refiere como “*techno utopia*”. Sin embargo, desde enfoques críticos de las ciencias sociales se señala que el automonitoreo y autocuidado de la salud que suponen ciertas herramientas tecnológicas es vivida por algunas personas como una sobrecarga y sobre responsabilización respecto de su salud (Lupton, 2014a). El ideal del paciente activo no siempre se corresponde con el rol que las personas quieren y pueden asumir en los procesos de cuidado y atención de su salud. En particular las mujeres, que suelen tener a cargo no solo el cuidado de su salud sino también el de otros miembros de su familia y comunidad.

En efecto, dos cuestiones son centrales en cuanto a la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual, tanto desde la investigación como desde las políticas públicas y la intervención. En primer lugar, la problematización de las nuevas formas de socialización, comunicación y construcción de sentidos sobre los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidados y sus implicancias en la subjetivación del cuerpo y las relaciones sociales en el campo de la salud. En segundo lugar, el desafío que imponen las brechas digitales por las cuales las desigualdades sociales se trasladan, e incluso se acentúan, en el ámbito de la virtualidad y que ponen en cuestión la promesa de democratización, empoderamiento y autonomía que proclama la salud digital.

Salud Colectiva

El enfoque de Salud Colectiva se inscribe en la corriente de pensamiento latinoamericana, con un epicentro inicial en Brasil, que introduce la perspectiva de la vulnerabilidad y los DDHH en el campo de la salud. Tal como sostienen Ayres, Paiva y Buchalla (2012), ciertas particularidades del contexto brasileño en las décadas del '80 y '90 del siglo XX explican la fuerte presencia que ha tenido esta perspectiva en la formulación de políticas públicas de salud. Entre ellas destacan el politizado ambiente de la recuperación de la democracia, la Reforma Sanitaria, la construcción del Sistema Único de Salud, las propuestas de modelos de atención integral de la salud, la movilización de grupos de la sociedad civil organizados frente a la epidemia del VIH/sida y las características del ambiente académico brasileño: la tradición crítica de la teoría de la Salud Colectiva, los enfoques construccionistas de la Psicología Social y la impronta del desarrollo conceptual de Paulo Freire en el campo de la educación (Ayres *et al.*, 2012).

Al retomar este marco teórico para pensar la salud y los derechos sexuales en Argentina, resulta pertinente situar el vínculo entre DDHH y salud en el contexto histórico de nuestro país. El discurso de DDHH se encuentra fuertemente ligado a los procesos de memoria, verdad y justicia inaugurados en el período de transición democrática. En este contexto se inscriben las luchas por la reivindicación de la salud y derechos sexuales, tal como fue mencionado previamente al definir esta noción. Luego de la última dictadura cívico militar en nuestro país (1976-1983)

resurgieron las demandas de salud y derechos sexuales e irrumpieron reivindicaciones que pusieron en debate en el espacio público y político nuevos temas susceptibles a deliberación (Pettracci, 2004).

El enfoque de Salud Colectiva se sustenta sobre la idea de que existe una sinergia entre salud y DDHH por la que “[...] mayor y mejor salud implica mayor respeto de derechos, mayor y mejor respeto de derechos implica una mejor salud individual y colectiva” (Pecheny, 2020, p. 207). Los DDHH funcionan como referencia positiva para tratar de modo no prescriptivo ni moralista, pero tampoco relativista o inconsecuente, las diversas situaciones de vulnerabilidad y las posibilidades de intervención sobre ellas (Ayres *et al.*, 2012). Esta forma de concebir los derechos humanos en relación con la salud está estrechamente vinculada con el concepto de vulnerabilidad, que se contrapone al de riesgo, para hacer emerger las condiciones sociales y políticas que están en la base de las posibilidades desiguales de sufrir un daño para la salud en términos individuales o colectivos.

A las condiciones diferenciales de las personas y las comunidades en los modos de vivir y morir, de enfermar y de recibir cuidados, se suma otra forma de vulnerabilidad que es la vulnerabilidad programática. Ésta es la que tiene lugar a partir de las intervenciones del Estado (y sus omisiones) que, mediante la implementación de políticas públicas, reduce, reproduce o aumenta determinadas condiciones de desigualdad (Pecheny, 2020). La categoría de vulnerabilidad programática permite visibilizar no sólo las dificultades que pueden existir para dar respuesta por parte del Estado a las desigualdades sociales, sino aquellas que el mismo reproduce e incluso genera. Tal es el caso, como señala Pecheny (2020), de la precariedad del sistema de salud, su fragmentación y desarticulación, que afectan la vida y la salud de las personas y las comunidades. Esta categoría resulta potente para reflexionar sobre las desigualdades en el acceso, uso y apropiación de las TIC (las brechas digitales, entre ellas de género) en la implementación de estrategias que las incorporan en los procesos de cuidado y atención de la salud.

Por otra parte, el enfoque de Salud Colectiva constituye un aporte para conceptualizar la categoría de cuidado involucrada en las prácticas de salud, en particular en el marco de la RMP. Ayres (2018) introduce esta categoría para reflexionar sobre aquellos elementos que hacen que la relación terapéutica se

transforme en una relación de cuidado y logre conjugar los aspectos técnicos y humanitarios en la atención de la salud, de modo que:

[...] de lo que se trata cuando se discute la humanización de la atención de la salud como una *propuesta política*, que contempla también a las instituciones del Estado, es de la validación democrática de valores que puedan aceptarse públicamente como promotores de esa experiencia de felicidad (Ayres, 2018, pp. 116-117).

La RMP o relación terapéutica (en términos de Ayres) se encuentra en proceso de cambio, tal como fue desarrollado previamente al definirla desde el campo de CyS. Los cambios a los que está sujeta se inscriben, a su vez, en un escenario en que se transforman las prácticas de salud en general y la medicina en su conjunto. Sobre este punto, Ayres (2018) plantea la idea del “encuentro no materializado”, que es relevante para reflexionar sobre las nuevas formas de interacción que inaugura la salud digital. El encuentro no materializado refiere, según Ayres (2018), a una interacción que no se realiza en plenitud por las dificultades que supone el encuentro entre saberes tecno científicos y prácticos. En el marco de la relación terapéutica o de cuidado, adquiere una nueva dimensión la problemática sobre la que se indaga en la presente tesis. El encuentro entre saberes, que supone la comunicación en el marco de la RMP, se altera cuando los pacientes o usuarios de los sistemas de salud acceden a información altamente especializada *online*. Esta les permite no sólo discutir o cuestionar la palabra médica sino hacerlo mediante los términos y el vocabulario propios del saber biomédico.

En relación con este último punto, Ayres (2018) propone correr el eje del intercambio de saberes en las relaciones de cuidado para habilitar la escucha y la comprensión. Esto permite reflexionar sobre la reconfiguración de la RMP a partir de la incorporación de las TIC desde otra perspectiva. La capacidad de diálogo y escucha se relaciona, tal como plantea Ayres (2018), con un dispositivo tecnológico propio de la perspectiva de humanización de la salud que es el acogimiento:

Entonces no es el escuchar en sí lo que marca la diferencia, sino la calidad de dicho escuchar. Y no calidad en el sentido de buena o mala, sino de la naturaleza misma del escuchar, de lo que se desea escuchar (Ayres, 2018, p. 126).

De acuerdo con la propuesta del autor, la comprensión requiere de la fusión de horizontes (en el sentido de Gadamer) en la que el proyecto de felicidad de las

personas se constituya como horizonte normativo, es decir, como punto de encuentro.

En síntesis, el desarrollo de estos tres enfoques teóricos contribuye a la construcción y abordaje del problema de investigación, la delimitación de los objetivos y la formulación de los presupuestos de los que parte la investigación. A su vez, delimita y define los conceptos que guían el análisis y la interpretación de los cambios que introduce en la RMP la utilización de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual (desarrollado en el *Capítulo 4*). Estos comprenden: la configuración teórica y sociopolítica de la noción de salud y derechos sexuales y el enfoque de género como mirada transversal que permite vislumbrar las brechas digitales de género, en tanto obstáculo para la implementación de la salud digital; la conceptualización de la dimensión comunicacional de la salud desde el campo de CyS y la reconfiguración de los modelos de atención y RMP en un escenario de cambios, entre los cuales se encuentran aquellos que introducen las TIC; y finalmente, las categorías de escucha y cuidado para repensar las relaciones terapéuticas como relaciones de cuidado, desde el enfoque de Salud Colectiva. De esta forma, el marco teórico, tal como los antecedentes que se presentan a continuación, se configura como un entramado que cobra sentido a partir de su interacción con el problema de investigación.

1.2 Antecedentes

Se presenta a continuación el estado del arte cuyo objetivo es inscribir el problema de investigación, la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual, en el marco de un campo de estudios. Su elaboración comprende una investigación en sí misma, dentro de la investigación principal, que opera no sólo como marco referencial del estado del conocimiento sobre el tema (qué se sabe y qué no), sino que tiene como finalidad la construcción de nuevos sentidos y nuevas preguntas de investigación (Guevara Patiño, 2016). La elaboración del estado del arte está presente durante todo el proceso de investigación, contribuye a la delimitación del problema, al planteo del marco teórico, al diseño metodológico y a la interpretación de los resultados.

El estado del arte se estructura en torno a los principales ejes temáticos involucrados en el planteo del problema de investigación: la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual. Es por eso que los términos empleados para la búsqueda de artículos académicos fueron: “eSalud” y “Salud sexual y reproductiva” e “Internet” (en castellano e inglés)⁶. En una primera instancia se utilizaron los buscadores de Google Académico y PubMed⁷. Luego, la búsqueda se extendió a las referencias bibliográficas de los artículos a los que se accedió en primer lugar, de forma de incorporar al estado del arte artículos considerados relevantes.

Finalmente, el estado del arte quedó conformado por veinticuatro artículos que integran publicaciones académicas de Ciencias Sociales y Ciencias Médicas, publicados entre 2001 y 2020, escritos en castellano y en inglés, que presentan los resultados de investigaciones empíricas (desde un enfoque cualitativo y/o cuantitativo), de la sistematización y el análisis de experiencias de intervención y de revisiones bibliográficas sobre el tema. Se trata de artículos que indagan sobre la salud digital en el campo de la salud y los derechos sexuales tanto desde la perspectiva de los pacientes/ usuarios del sistema de salud y/o los profesionales/ trabajadores de la salud, como a partir del análisis de las páginas web y aplicaciones para utilizar desde dispositivos móviles (Apps).

La producción académica sobre la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual puede ordenarse según tres líneas de trabajo:

1. Indaga sobre el uso de Internet para acceder a información sobre salud y derechos sexuales, en especial por parte de adolescentes y jóvenes (Blázquez Barba *et al.*, 2018; Jimenez-Pernett *et al.*, 2010; Park y Kwon, 2018; Peñafiel, Ronco y Echeagaray, 2016; Rideout, 2001; Schwarz, 2017a; Schwarz y Mendes Diz, 2013; Von Rosen, Tinnemann y Müller-Riemenschneider, 2017).

⁶ Dichos términos surgieron del intercambio en el equipo de investigación del Proyecto UBACyT en el que tiene lugar el Proyecto de Investigación (Beca UBACyT) en el que se inscribe la presente tesis.

⁷ PubMed es un buscador de acceso libre a la base de datos MEDLINE de referencias bibliográficas y resúmenes de artículos de investigación biomédica, que ofrece la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos como parte de Entrez.

2. Analiza las páginas web y Apps que ofrecen contenido de salud y derechos sexuales (Bert *et al.*, 2015; Bjelke *et al.*, 2016; Chen y Mangone, 2016; Lagan, Sinclair y Kernohan, 2011a y b; Lupton, 2014b; Ortiz-Chacha *et al.*, 2018; Poorisat y Chib, 2014; Van den Heuvel *et al.*, 2018).
3. Reflexiona sobre experiencias de intervención en las que se utilizan las TIC para la promoción, prevención, cuidado y atención de la salud y los derechos sexuales (Albardonedo, 2020; Barak y Fisher, 2003; Gomperts *et al.*, 2008; McCarthy *et al.*, 2012; Pérez-Lu, Bayer e Iguñiz-Romero, 2018; Sánchez Antelo *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2009).

A continuación, se desarrollan los principales hallazgos de las publicaciones incluidas en cada una de las tres líneas de trabajo. A modo de cierre, en el cuarto apartado se recuperan sus aportes al planteo del problema de investigación.

El uso de Internet para acceder a Información sobre salud y derechos sexuales

Las investigaciones que se agrupan en esta línea de trabajo centran la mirada en los usuarios (pacientes). Indagan sobre los criterios que utilizan a la hora de buscar información sobre salud y derechos sexuales *online*, en especial adolescentes y jóvenes⁸. Y tienen como objetivo reflexionar sobre los aportes e implicancias de la incorporación de las TIC en la promoción y prevención de la salud, a partir de la premisa de la afinidad generacional de los jóvenes y adolescentes con las TIC.

Se ubica en esta línea de investigación el estudio de enfoque cuantitativo realizado en Estados Unidos por la Kaiser Family Foundation (Rideout, 2001), que indica que el 84% de los jóvenes considera que los asuntos vinculados a la salud sexual son “muy importantes” para las personas de su edad (15-24 años) a la hora de hacer búsquedas de información *online*. Los resultados de dicha encuesta señalan que el 44% de los jóvenes consultados manifiesta haber buscado *online* sobre embarazo, anticoncepción e infecciones de transmisión sexual (ITS); y son los

⁸ Si bien no hay una única definición respecto de las edades que cada una de estas categorías comprende, según la OMS los adolescentes son aquellos que tienen entre 10 y 19 años. Existe a su vez consenso sobre incluir en la categoría de jóvenes a quienes tienen hasta 24 años. Por su parte, el Código Civil Argentino considera que la adolescencia es el período comprendido entre los 13 y los 18 años (Ley 26.994, artículo 26).

más jóvenes (15-17 años) los más interesados en la búsqueda de información sobre anticoncepción (Rideout, 2001).

Las investigaciones de Jimenez-Pernett *et al.* (2010) y Peñafiel *et al.* (2016) indagan también por el uso que hacen de Internet los adolescentes y jóvenes, en este caso españoles, para buscar información sobre salud sexual. Ambas investigaciones destacan el interés de los mismos por buscar información sobre anticoncepción. Esta es la temática más consultada entre los adolescentes encuestados por Jimenez-Pernett *et al.* (2010) y la que despierta mayor interés entre las mujeres, en el caso de los encuestados para el trabajo de Peñafiel *et al.* (2016). Por su parte, los adolescentes (12-18 años) entrevistados por Blázquez Barba *et al.* (2018) prefieren buscar en Internet antes que consultar personalmente con profesionales de la salud y manifiestan también su interés por el acceso a información *online* sobre salud sexual.

Schwarz y Mendes Diz (2013) investigan sobre la exposición al riesgo de jóvenes (13-22 años) de sectores populares y medios de CABA (Argentina) en lo que refiere a la sexualidad y las relaciones de género en el ámbito de las interacciones virtuales. Concluyen que, tal como ocurre con las relaciones cara a cara con los profesionales de la salud, son las mujeres quienes con mayor frecuencia buscan información de salud *online*. Señalan que, si bien Internet puede resultar útil a la hora de acceder a este tipo de información, garantizar la calidad y veracidad de la misma constituye un desafío pendiente. Asimismo, advierten sobre la existencia de brechas de género en el acceso, uso y apropiación de las TIC (brechas digitales) que se articulan con las brechas sociales en un proceso en el que ambas se profundizan (Schwarz y Mendes Diz, 2013).

Estos hallazgos se complementan con los resultados de otra investigación, presentados por Schwarz (2017a), que indican que los jóvenes (en este caso de la ciudad de Córdoba y CABA, Argentina) valoran especialmente el acceso a información sobre salud sexual *online*. Los mismos se preocupan por confirmar la confiabilidad y veracidad de dicha información, para lo que desarrollan estrategias de chequeo que consisten, por ejemplo, en buscar en más de un sitio la misma información para poder compararla entre sí. Sin embargo, no manifiestan preocupación sobre la protección de sus datos personales (Schwarz, 2017a).

Park y Kwon (2018) realizan una revisión sistemática de artículos académicos que indagan sobre el uso de Internet por parte de adolescentes y jóvenes (10-24 años) para tratar cuestiones vinculadas a la salud. Destacan la utilización de Internet para realizar búsquedas de información sobre salud *online*, entre ellas sobre temas de salud sexual. De acuerdo con su revisión, los jóvenes valoran positivamente la credibilidad y la confiabilidad de la información disponible *online*, así como la comprensibilidad del lenguaje empleado y que los sitios resulten amigables con los usuarios (al no requerir, por ejemplo, registrarse para acceder a su contenido). En esta misma línea, los adolescentes (13-16 años) entrevistados por Von Rosen *et al.* (2017), al buscar información sobre salud sexual *online* tienen en cuenta aspectos como la comprensibilidad del lenguaje, la claridad de la información y la credibilidad del sitio que la publica. En cambio, el diseño de las páginas web o la posibilidad de conocer las experiencias de otros jóvenes o interactuar con ellos no se consideran importantes.

En síntesis, los trabajos de investigación que indagan sobre los criterios de búsqueda empleados por jóvenes y adolescentes en el uso de Internet para acceder a información sobre salud sexual destacan: la comprensibilidad del lenguaje empleado, la calidad y la credibilidad de la información, el acceso relativamente rápido y personalizado, su bajo costo, la utilidad y la fiabilidad de la información que les brinda Internet. A su vez, los diferentes trabajos de investigación coinciden al indicar que los adolescentes y jóvenes valoran positivamente el anonimato (asociado a la confidencialidad) que les ofrece Internet para tratar cuestiones vinculadas a la salud y los derechos sexuales (Blázquez Barba *et al.*, 2018; Park y Kwon, 2018; Peñafiel *et al.*, 2016; Von Rosen *et al.*, 2017).

Páginas web y Apps sobre salud y derechos sexuales

Las investigaciones reunidas en esta línea de trabajo analizan las páginas web y Apps, en su mayoría de gestión privada, que ofrecen contenido sobre salud y derechos sexuales. Se trata de trabajos que se preguntan en qué consisten este tipo de iniciativas y quienes participan de su diseño y desarrollo. En general, alertan sobre la falta de regulación, tanto de la información que se ofrece como del uso que

se hace de los datos personales de los usuarios, entre ellos, datos de salud⁹.

Existe una gran variedad de páginas web y Apps que ofrecen información y seguimiento del embarazo, en general, destinadas a mujeres. La centralidad del embarazo en la vida reproductiva de las mismas, dado el orden social patriarcal sobre el que se sustenta el binomio mujer-madre, y el interés de las personas que atraviesan un embarazo por acceder a información al respecto *online*, tal como señalan las investigaciones que analizan este tipo de herramientas, son algunos de los aspectos que explican la proliferación de estas Apps. De acuerdo con la investigación realizada por Bjelke *et al.* (2016), buscar información sobre el embarazo *online* y contactarse con otras personas en la misma situación aporta mayor control sobre la toma de decisiones, lo cual aumenta la confianza que se tiene sobre las mismas. Sin embargo, la gran cantidad de información disponible *online* puede en ocasiones resultar abrumadora y causar preocupación (Bjelke *et al.*, 2016; Lagan *et al.*, 2011b).

Bert *et al.* (2015) analizan aplicaciones destinadas al seguimiento del embarazo y advierten sobre dos cuestiones a tener en cuenta: por un lado, la falta de privacidad de los datos de los usuarios; y por otro, la poca confiabilidad de la información que ofrecen. En cuanto a la falta de privacidad, señalan que si bien hay aplicaciones que indican que la información de los usuarios podría ser utilizada con fines comerciales, no lo hacen de forma clara. En cuanto a la confiabilidad de la información sostienen que en general no se indica la procedencia de la misma, si se cuenta con asesoramiento de profesionales de la salud para su elaboración ni si se basa en evidencia científica. Bert *et al.* (2015) señalan que frente a esta situación los profesionales de la salud deberían orientar a los pacientes para que puedan identificar la información confiable, así como alentar el uso de aplicaciones o sitios oficiales (siempre que existan). En este sentido, Lagan *et al.* (2011a) advierten sobre la necesidad de que las parteras (a quienes entrevistan) estén cada vez más actualizadas en sus conocimientos y competencias para el uso de las TIC, de forma de poder acompañar a las personas que atraviesan un embarazo en la toma de

⁹ Considerados en Argentina como datos personales sensibles, de acuerdo con lo que establece la Ley 25.326 de Protección de los datos personales, que se complementa con la Ley 26.529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud (tal como es desarrollado en el *Capítulo 2* de la presente tesis).

decisiones informadas sobre su salud.

Ortiz-Chacha *et al.* (2018) se preguntan por el uso, disponibilidad y acceso a las TIC por parte de mujeres embarazadas que acuden a los servicios de salud públicos de Veracruz (México) y sus necesidades e intereses en lo que refiere al cuidado y atención de su salud. Los autores se proponen aportar al diseño de estrategias de salud digital para la atención de la salud durante el embarazo. Concluyen que la población estudiada manifiesta su interés por obtener información de salud adicional a la que recibe de manera presencial en los centros de salud; y que las estrategias de mSalud (basadas en el uso de telefonía móvil) son las apropiadas para implementar, ya que el teléfono celular es la tecnología más utilizada y a la que tiene mayor acceso dicha población (Ortiz-Chacha *et al.*, 2018).

Van den Heuvel *et al.* (2018) realizan una revisión bibliográfica de trabajos que indagan sobre los aportes de la salud digital al cuidado prenatal y concluyen que, a pesar de que el panorama es prometedor, es necesario desarrollar más investigaciones sobre el tema para producir evidencia sobre la satisfacción de los pacientes y los resultados que se obtienen con este tipo de intervenciones. Los autores advierten también sobre los desafíos que supone la incorporación de las TIC en salud en términos de privacidad, responsabilidad y costos, así como sobre la necesidad de crear consensos con relación al marco legal que la regula.

Por otra parte, existen también Apps diseñadas para el auto monitoreo de la sexualidad y la reproducción, como las que analiza Lupton (2014b) desde un enfoque crítico. Tal como las describe la autora, se trata de Apps en las que los usuarios aportan información sobre su salud y actividad sexual y reproductiva, que luego la aplicación les muestra en gráficos, con el fin de auto monitorearse y/o alcanzar algún objetivo específico. Lupton (2014b) advierte que este tipo de aplicaciones alientan a experimentar el cuerpo a través de medidas cuantificables y refuerzan los estereotipos de género, ya que se centran en la *performance* masculina, al fomentar la comparación entre varones, y en la auto-vigilancia del ciclo reproductivo y sus etapas, en términos de medicalización y riesgo, en el caso de las mujeres. Al mismo tiempo, Lupton (2014b) advierte sobre las dificultades de estas Apps para resguardar la privacidad y la seguridad de los datos y el peligro que representa su posible comercialización. La autora concluye que, si bien este tipo de

Apps pueden ser beneficiosas para los usuarios, ofrecen una representación de la sexualidad que perpetúa estereotipos de género.

Poorisat y Chib (2014), en cambio, mantienen una postura optimista sobre el uso de las TIC en salud y destacan el potencial de Internet como herramienta de educación sexual para brindar información de calidad a jóvenes, en particular en contextos conservadores. Los autores analizan el foro de una página web que ofrece información sobre embarazo, anticoncepción y aborto en Tailandia (donde indican que la falta de acceso a información sobre salud y derechos sexuales convive con altas tasas de embarazo no intencional y transmisión de ITS) y señalan que los usuarios consideran creíble y útil la información del foro porque es manejado por un médico. Poorisat y Chib (2014) concluyen que es importante incorporar a los profesionales de la salud en este tipo de iniciativas y que, al mismo tiempo, los gobiernos son un actor fundamental para el desarrollo de sitios web de calidad y sin fines de lucro, que se orienten al cuidado y atención de la salud sexual.

Por último, Chen y Mangone (2016) analizan las Apps (disponibles en inglés) para la prevención del embarazo no intencional destinadas a adolescentes y jóvenes. Señalan que las mismas no suelen implementar buenas prácticas de prevención y lo atribuyen a la ausencia de guías para su desarrollo. Los autores concluyen que es necesario un marco normativo para este tipo de iniciativas en el que sean claros los criterios de calidad, para lo cual resulta fundamental avanzar en investigaciones sobre el tema (Chen y Mangone, 2016).

Experiencias de intervención para la incorporación de las TIC en el campo de la salud y los derechos sexuales

En esta tercera y última línea de trabajo se encuentran aquellas investigaciones que sistematizan y reflexionan sobre experiencias de intervención para la incorporación de las TIC en la promoción, prevención, cuidado y atención de la salud y los derechos sexuales. Se trata de trabajos en los que los autores participan de la intervención que sistematizan, es decir, sus investigaciones forman parte del proceso de intervención (ya sea porque se trata de proyectos de investigación-acción o porque los investigadores son integrantes de la institución desde la que se implementa dicha intervención y producen la investigación como

insumo para la misma).

En esta línea, Gomperts *et al.* (2008) analizan el uso de la telemedicina para facilitar el acceso al aborto seguro (realizado con medicamentos) en contextos en los que no es garantizado por los servicios de salud. Su investigación se centra en el acompañamiento que brinda la organización internacional *Women on Web* a través de su página web. Los autores señalan que, durante el tiempo que abarca su investigación (de abril a diciembre de 2006), un total de 484 mujeres de 33 países diferentes accedieron a un aborto con medicamentos (misoprostol o mifepristona) realizado en su casa a través de este servicio de telemedicina. Gomperts *et al.* (2008) concluyen que brindar información y acompañamiento *online* es una estrategia para posibilitar el acceso al aborto seguro, en especial en contextos en que el marco legal lo restringe o prohíbe. Los autores señalan que a partir de esta evidencia es posible afirmar que la telemedicina constituye una buena alternativa a incorporar para facilitar el acceso a otros procedimientos médicos.

El trabajo de investigación de Barak y Fisher (2003) consiste en el desarrollo de una página web (en inglés y francés) destinada a la prevención y promoción de la salud sexual, pensada para adolescentes, adultos, padres, maestros y profesionales de la salud, desarrollada en Canadá con un grupo de expertos en ginecología y obstetricia, psicología, medicina familiar y educación sexual. Los autores parten de un modelo comportamental (*IMB model*, en inglés) que establece que cuando las personas están bien informadas, motivadas y poseen las habilidades de comportamiento necesarias, modifican (y mantienen) actitudes con respecto a su salud de prevención y cuidado. Barak y Fisher (2003) analizan el proceso de desarrollo de dicha página web y la recepción por parte de los usuarios al año de su lanzamiento. Concluyen que ésta es un buen ejemplo de comunicación costo efectiva en salud sexual, ya que se vale con éxito de aspectos únicos de Internet como la accesibilidad, el anonimato, la interactividad, la riqueza audiovisual y la capacidad de transmitir contenido experto y actualizado.

Desde un enfoque diferente, Wang *et al.* (2009) presentan los avances de un proyecto de investigación-acción para el desarrollo de una página web destinada a prevención de VIH/sida y promoción de la salud y los derechos sexuales, producida por y para jóvenes (15-24 años) del Área Metropolitana de Buenos Aires

(Argentina), a partir del aprendizaje e incorporación de las TIC. Se trata de un proyecto impulsado por la Red JLU (Jóvenes Latinoamerican@s Unid@s en respuesta al VIH/sida), el Instituto de Educación y Salud como nodo de JLU en Perú y la Fundación Huésped como nodo argentino. El proyecto se sustenta sobre la idea de que hay una predisposición, generacionalmente constituida, que involucra a los jóvenes con las TIC y hace de estas una herramienta privilegiada para difundir y producir mensajes de promoción y prevención de la salud y los derechos sexuales. Wang *et al.* (2009) destacan los aportes de la metodología de trabajo, que desde un enfoque constructivista de educación/ comunicación, permitió que los jóvenes creasen sus propios mensajes de prevención destinados a otros jóvenes. A su vez, concluyen que la incorporación de las TIC para la promoción de la salud y los derechos sexuales ofrece beneficios como la posibilidad de circulación de información variada, gratuita y abundante y la oportunidad de consultar desde el anonimato sobre temas que a los adolescentes les resulta difícil tratar con adultos en interacciones cara a cara.

McCarthy *et al.* (2012) llevan adelante una investigación en la que se proponen construir una página web sobre salud sexual con jóvenes (16-22 años) residentes en Londres (Reino Unido), para conocer qué esperan de una herramienta de este tipo. Las conclusiones a las que llegan indican que las expectativas de los jóvenes difieren de lo que efectivamente se les ofrece en materia de educación sexual. Aunque la información que se les suele brindar sobre prevención de ITS y embarazo no intencional les resulta útil e importante, quisieran que se integre con otros temas tales como las relaciones, el diálogo, el placer y las emociones.

Pérez-Lu *et al.* (2018) analizan la experiencia de implementación del Proyecto WawaRed (financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo). El mismo se propone la incorporación de la salud digital en el cuidado prenatal, en el sistema de salud de Ventanilla (Perú). El proyecto comprende dos líneas de trabajo: la incorporación de una Historia Clínica Electrónica (HCE) en los servicios de atención prenatal y la comunicación vía mensajes de texto (SMS) para enviar información a las personas que cursan un embarazo. Al respecto, los autores concluyen que recibir información e indicaciones personalizadas a partir de la

incorporación de las TIC en el cuidado prenatal, tiene el potencial de incrementar la equidad en el acceso a la salud durante el embarazo.

Sánchez Antelo *et al.* (2020) presentan los hallazgos de un estudio cuyo propósito es diseñar el contenido de los SMS que reciben las mujeres, participantes del proyecto ATICA, luego de haberse realizado un test de VPH. Este proyecto está integrado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), el Dana-Farber Cancer Institute de la Universidad de Harvard (Estados Unidos), la Deakin University (Australia), en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer y el Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy (Argentina). El mismo se propone evaluar la efectividad de una intervención que utiliza la mensajería por SMS (destinada a mujeres y agentes sanitarios) con el objetivo de mejorar el acceso al Pap de triaje para contribuir a la prevención del cáncer cervicouterino. Los resultados del estudio (Sánchez Antelo *et al.*, 2020) indican que el SMS es una buena vía de comunicación para notificar la disponibilidad del resultado del test de VPH, aunque para conocer el mismo las mujeres privilegian la instancia cara a cara en el entorno sanitario. Es por eso que el contenido de dichos mensajes debe motivar a las mujeres a adherirse al Pap de triaje mediante el uso de un lenguaje persuasivo.

Por último, Albaronedo (2020) sistematiza y analiza la experiencia de la consejería en salud y derechos sexual TeA (Te Acompañamos), dispositivo de intervención conformado en el ámbito de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), en Cipolletti (Argentina). TeA se caracteriza por priorizar la información y la comunicación y combinar instancias de consejería presenciales y virtuales (a través de la red social Facebook y el sistema de mensajería de WhatsApp). Una primera reflexión de la autora indica la vinculación entre las TIC, como factor constitutivo de las subjetividades juveniles, y los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidados. Sobre este supuesto se sustenta la incorporación de las TIC como parte de la intervención sistematizada por Albaronedo (2020) y su aporte, en tanto conforman las maneras de “estar juntos” y estar “con otros” de nuestra época. La autora concluye sobre la importancia de propiciar espacios de escucha y acompañamiento en diálogo con el sistema de salud y las organizaciones de mujeres, en los que la mediación tecnológica constituye un punto de partida.

El aporte del estado del arte a la formulación del problema de investigación

En síntesis, los trabajos que indagan sobre la incorporación de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual destacan la utilidad de Internet para la promoción y prevención de la salud y los derechos sexuales, en particular entre adolescentes y jóvenes. Entre los beneficios (postulados en algunos casos como potencialidades) se encuentran el acceso y disponibilidad de información *online*, la rapidez, el bajo costo que insume y la posibilidad que ofrece de acceder a información de calidad, variada y diversa, sobre temas difíciles de tratar en otros ámbitos. Entre los desafíos, la bibliografía señala la importancia de asegurar la protección de los datos personales de los usuarios/ pacientes (muchos de ellos datos de salud), el resguardo de la privacidad y la confidencialidad. Así como, la regulación de la veracidad de la información disponible, su calidad y la explicitación de las fuentes en las que se basa. En este sentido, se alienta el desarrollo de investigaciones sobre el tema y la creación de marcos regulatorios adecuados y protocolos de buenas prácticas en salud digital. Por último, desde un enfoque crítico se señalan las brechas digitales, entre ellas de género, que marcan accesos, usos y apropiaciones desiguales de las TIC, y se advierte sobre las dificultades en términos de acceso y derechos que éstas suponen para la incorporación de las TIC en el campo de la salud sexual. Asimismo, se advierte sobre la reproducción de estereotipos de género por parte de algunas iniciativas que ofrecen información y/o servicios de salud digital vinculados a la salud y los derechos sexuales.

Un tema central en la bibliografía es el anonimato asociado a las TIC, el mismo atraviesa de forma transversal los debates e investigaciones sobre salud digital y se encuentra entre los supuestos sobre los que sustenta el planteo del problema de investigación de esta tesis. En este sentido, el anonimato y la confidencialidad que ofrece Internet (al menos propositivamente) para el acceso a información sobre salud y derechos sexuales adquiere relevancia en contextos restrictivos, como el de la Argentina con respecto al aborto al momento en que se planteó y desarrolló la investigación que dio lugar a esta tesis. A través de Internet se puede (y se podía cuando no se había legalizado la IVE) acceder a información sobre cómo realizarse un aborto, a dónde acudir, dónde recibir asistencia o

conseguir la medicación necesaria, dado que las organizaciones de mujeres y feministas utilizan Internet para promover el acceso al aborto seguro (Gomperts *et al.*, 2008; Ramos, Romero y Aizenberg, 2015; Szwarc y Vásquez, 2018). Este uso de las TIC permite vislumbrar una dimensión de la salud digital que despertó interés al momento de plantear el problema de investigación. Sobre todo, si se tiene en cuenta el contexto de los últimos años en Argentina, donde la visibilización y problematización de la salud y los derechos sexuales lleva la impronta de las TIC (Laudano, 2018).

A modo de cierre, se retoma la pregunta por los aportes de las investigaciones que integran el estado del arte y las cuestiones que son recuperadas luego para el análisis (presentado en el *Capítulo 4*). Entre ellas se encuentra: el anonimato vinculado a la salud digital y sus implicancias en relación con la salud sexual; la autonomía ligada al acceso a información sobre salud y derechos; y la calidad de la información disponible *online*. A su vez, a partir del análisis de los antecedentes de investigación se observa que: 1) se suele estudiar el tema desde la perspectiva de los pacientes/ usuarios y destinatarios de proyectos y políticas públicas; y 2) no predomina el enfoque de género, con excepción de algunas investigaciones (Albardonedo, 2020; Lupton, 2014b; Schwarz, 2017a; Schwarz y Mendes Diz, 2013). Esto es llamativo ya que, como fue desarrollado en la sección *1.1 Marco teórico*, en el planteo y elaboración de la noción de salud y derechos sexuales se encuentran los desarrollos teóricos elaborados desde los estudios de género y los debates instalados en la agenda pública por parte de los movimientos de mujeres, feminismos y movimientos LGTBIQ+. A partir de ambas observaciones cobra relevancia el interés de la presente tesis por abordar esta temática desde la perspectiva de profesionales del campo de la salud sexual y desde un enfoque de género y derechos.

A continuación, en el *Capítulo 2*, se sitúa la salud digital en el contexto argentino, el marco normativo que la regula y las políticas públicas que se proponen su implementación, en particular aquellas referidas a la salud y los derechos sexuales y que tienen lugar en CABA.

Capítulo 2

Contexto de implementación de la salud digital

El objetivo de este capítulo es poner en contexto las intervenciones de salud digital en el campo de la salud y los derechos sexuales, tanto en lo que hace al marco normativo que las regula como a las políticas públicas que se proponen su implementación. El alcance temporal del mismo corresponde el momento en que se realizaron las entrevistas a profesionales de la salud (noviembre de 2019 a marzo de 2020) y el alcance geográfico se circunscribe a CABA, jurisdicción en la que se desempeñan laboralmente dichos profesionales. De esta forma, se recupera el estado de situación de la salud digital en el momento en que se realizaron las entrevistas, el camino recorrido hasta entonces en el campo de la salud y los derechos sexuales y lo que se encuentra pendiente en materia de salud digital.

No se incluyeron las políticas públicas desarrolladas en el marco de la pandemia de COVID-19 (entre las que se encuentran, por ejemplo, la App Cuidar y el Programa TeleCovid), aunque se advierte que durante la misma se aceleró el proceso de incorporación de las TIC en el campo de la salud. Por el mismo motivo, tampoco se incluyeron la Ley 27.553 de Recetas electrónicas o digitales, sancionada en agosto de 2020¹⁰, ni la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que, si bien es un hito en materia de salud y derechos sexuales en la Argentina, fue sancionada en diciembre de 2020¹¹. Ambas exceden, en cuanto al momento en que fueron sancionadas, el contexto que se presenta a continuación.

El capítulo se organiza en tres secciones. En la primera se desarrollan las políticas públicas que tienen entre sus objetivos la implementación de estrategias de salud digital y la legislación que regula la incorporación de las TIC en salud. En la segunda sección se presentan las iniciativas de salud digital referidas a la salud y los derechos sexuales. Por último, en la tercera sección se realiza una síntesis del contexto y se plantean algunas reflexiones finales que señalan los desafíos que

¹⁰ Disponible en: <https://bit.ly/3BfX5cO>

¹¹ Disponible en: <https://bit.ly/3AcAFbg>

enfrenta la incorporación de las TIC en salud, tanto en materia normativa como en el campo de la intervención social.

2.1 Legislación y políticas públicas

El fortalecimiento de la aplicación de las TIC en los servicios de salud se orienta, en línea con los planteos de organismos internacionales como la OMS y OPS, en función de un cambio de paradigma: “[...] de un modelo de atención que no está centrado en los usuarios de los sistemas y sus demandas hacia un modelo de atención centrado en las personas” (Marti, Balladelli y Gherardi, 2014, p. 435). Dichos organismos destacan los beneficios de la salud digital y la importancia de las políticas públicas para su implementación, bajo el presupuesto de que:

Las políticas de eSalud bien aplicadas, diseñadas en forma ordenada, con carácter inclusivo e integrador, ayudan a mejorar el bienestar de las personas, disminuyendo desequilibrios y desigualdades en el acceso a los sistemas de salud (OPS, 2014, p. 231).

El acceso a la salud digital

En la Argentina las primeras experiencias de implementación de la salud digital comenzaron durante los años ‘90 del siglo XX junto con los avances tecnológicos desarrollados entonces, en particular Internet. Entre dichas experiencias, de origen privado y público, se encuentran los primeros proyectos de asociaciones médicas que se propusieron la informatización de bibliotecas especializadas, el programa de telemedicina para diagnósticos a distancia del Hospital Garrahan y el proyecto de teleoftalmología del Instituto Oftalmológico Zaldívar en la provincia de Mendoza, entre otros (Oliveri, 2010).

En materia de políticas públicas y TIC se pueden identificar antecedentes como: la Ley 27.078 Argentina Digital, sancionada en 2014, que declaró de interés público el desarrollo de las TIC, las telecomunicaciones y recursos asociados¹²; y el Programa Conectar Igualdad, que se puso en marcha en el año 2010 con el objetivo de promover la inclusión digital desde el ámbito educativo. Si bien no hacen referencia al campo de la salud, se trata de iniciativas que promueven el acceso equitativo a las TIC y la alfabetización digital, lo cual es fundamental para la implementación de estrategias de salud digital que no reproduzcan (ni exacerben)

¹² Disponible en: <https://bit.ly/3F9wL6z>

desigualdades preexistentes. Para eso se requiere de la inversión en infraestructura, por lo que el rol del Estado es central en vías de garantizar un acceso verdaderamente equitativo (que no se guíe únicamente por las reglas del mercado).

En el año 2018, el entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación aprobó la Estrategia Nacional de Salud Digital 2018-2024, en el marco de la cual creó, a comienzos de 2019, el Plan Nacional de Telesalud. La Resolución 21/2019 de creación del mismo realiza un recorrido por los antecedentes de implementación de la telesalud en la Argentina. Entre ellos, destaca el año 2012 como punto de inflexión, ya que entonces el Estado Nacional comenzó a trabajar en ciber salud para promover la colaboración entre instituciones públicas de salud de todo el país, la capacitación a distancia, la realización de consultas remotas y la gestión de programas desde el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). Este documento destaca también el despliegue, en el año 2014, de una red de colaboración entre instituciones de salud con epicentro en el Hospital Garrahan (que aportó la infraestructura), gestionado por el MSAL y el Ministerio de Modernización; y señala, finalmente, la modificación de la denominación de la Dirección de Ciber salud que pasó a llamarse Dirección de Telesalud en el año 2016, mediante la Resolución 1825/ 2016.

El Plan Nacional de Telesalud se propuso desarrollar una política nacional que avanzara hacia la cobertura universal en salud (CUS) mediante el uso de las TIC. La CUS, por su parte, es objeto de críticas por el carácter neoliberal que se le atribuye. Entre dichas críticas se señala que la misma fue introducida en el marco de políticas de gobierno (bajo la presidencia de Mauricio Macri, entre 2015 y 2019) que, mediante el discurso de la universalidad y la modernización, pretendían desregular el sistema de salud y desfinanciar el subsector público (Basile, 2020; De Ortuzar, 2018). La implementación del Plan Nacional de Telesalud en el marco de la CUS da lugar a una asociación entre ambas. En ella se sustentan algunas de las críticas que recaen sobre las iniciativas de salud digital (por ejemplo, la vinculación entre HCE y los procesos de mercantilización de la salud que se desprende de las entrevistas analizadas en el *Capítulo 4*).

La protección de los datos de salud

Además de las dificultades para garantizar el acceso a la salud digital de forma equitativa (dada la persistencia de brechas digitales de alfabetización y acceso a los soportes tecnológicos), desde el enfoque de derechos se visibiliza otro de los desafíos que enfrenta la salud digital: la protección de los datos personales de salud. Tal como señala el Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la UBA (2019):

Las nuevas tecnologías junto al manejo de datos masivos y grandes volúmenes de información sensible sobre salud plantean interrogantes y dilemas sanitarios, jurídicos y éticos que requieren de un abordaje interdisciplinario y constituyen una oportunidad para establecer pautas para consolidar los derechos ciudadanos en clave sanitaria (p. 2).

Si bien la Argentina cuenta con un marco legal regulatorio que es pionero en materia de protección de datos personales, los desarrollos tecnológicos y las dificultades para apropiarse de los mismos por parte de los usuarios (tanto pacientes como profesionales de la salud) introducen nuevos desafíos. El derecho a la protección de los datos personales está consagrado en la Constitución (en su artículo 43) y regulado por la Ley 25.326 de Protección de los datos personales, sancionada en el año 2000¹³. A partir de su sanción, la Argentina fue el primer país en Sudamérica en ser considerado seguro en cuanto al resguardo de los datos personales por parte de la Unión Europea y la Agencia Española de Protección de Datos (Giudice *et al.*, 2011).

A su vez, los datos referidos a la salud o a la vida sexual de las personas son considerados por la ley como datos sensibles (junto con aquellos que revelan origen racial y étnico, opiniones políticas, convicciones religiosas, filosóficas/ morales y afiliación sindical), por lo que se les otorga mayor protección. Es por esto que se requiere el consentimiento del titular, es decir su autorización, para el registro y utilización de los mismos, excepto que su tratamiento se realice con fines estadísticos o científicos y no puedan ser identificados sus titulares. De acuerdo con lo que establece la Ley de Protección de los datos personales:

Los establecimientos sanitarios públicos o privados y los profesionales vinculados a las ciencias de la salud pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a

¹³ Disponible en: <https://bit.ly/3CROv4C>

los mismos o que estén o hubieren estado bajo tratamiento de aquéllos, respetando los principios del secreto profesional (artículo 8).

De esta forma, el registro de los datos de salud por parte de establecimientos sanitarios está contemplado por la Ley de Protección de los datos personales y se encuentra sujeto a su regulación. La norma contempla, asimismo, el registro de los datos informatizados, es decir, “[...] sometidos al tratamiento o procesamiento electrónico o automatizado” (artículo 2). El proceso de informatización del registro médico, en el que se inscribe la implementación de la HCE, está regulado además por la Ley 26.529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, sancionada en el año 2009¹⁴. La misma establece que:

Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326 (artículo 2).

Además, la Ley de Derechos del Paciente dedica un capítulo a la historia clínica (capítulo IV), donde establece que puede confeccionarse en soporte magnético y que el paciente es titular de la misma (pudiendo solicitar una copia si así lo desea). De esta forma, se configura el marco normativo en el que se inscriben las diversas iniciativas de implementación de la HCE en las diferentes jurisdicciones del país y en los distintos subsectores y niveles de atención. La incorporación de esta herramienta a la práctica médica se da en el marco de la descentralización y fragmentación que caracterizan al sistema de salud argentino (Maceira, 2020), por lo que conviven distintos grados de desarrollo y diferentes diseños de la HCE en todo el país. Sin embargo, la interoperabilidad de los diferentes sistemas de registro resulta central para el intercambio de información, y es ahí hacia donde se orientan los esfuerzos en materia de políticas públicas. Con este objetivo, la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud definió un conjunto de estándares de interoperabilidad para la informatización de los procesos de atención, de manera de posibilitar la comunicación y el intercambio entre los diferentes sistemas (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

¹⁴ Disponible en: <https://bit.ly/3CZKmeP>

En CABA, donde se realizó el trabajo de campo de la presente tesis, la incorporación de la HCE en el subsector público se encuentra en proceso de implementación desde el año 2016. Entonces, fue sancionada en la legislatura porteña la Ley 5.669¹⁵ de Creación del Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE) y el Registro de Historias Clínicas Electrónicas de CABA, con el objetivo de:

[...] regular el funcionamiento, los principios y los estándares con que debe gestionarse la misma [la información sanitaria de las personas] mediante el uso de tecnologías apropiadas; mejorar la eficiencia del sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como: a) Regular el funcionamiento del Sistema Integrador de Historias Clínicas Electrónicas (SIHCE); b) Fijar los parámetros para la confección de sistemas de historia clínica electrónica; c) Garantizar a los pacientes el acceso a la información sanitaria contenida en las historias clínicas electrónicas, conforme lo establecido por la Ley 153 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; d) Promover la aplicación de un sistema de seguridad que garantice la identificación unívoca de las personas, la confidencialidad, veracidad, accesibilidad e inviolabilidad de los datos contenidos en la Historia Clínica Electrónica (HCE), perdurabilidad de la información allí volcada y recuperabilidad de los archivos (artículo 2).

En 2019 se completó la incorporación de la HCE en el primer nivel de atención (en los Centros de Salud y Acción Comunitaria –CeSAC–) y se comenzó con la siguiente etapa: los consultorios externos de los Hospitales que dependen del Gobierno de CABA. A su vez, la implementación de la HCE en el marco de esta política pública convive con las diferentes iniciativas impulsadas (con distinto grado de desarrollo y diseño) desde el subsector privado de salud, la seguridad social y obras sociales, entre las que se destaca el Hospital Italiano de Buenos Aires que incorporó la HCE en el año 2002 y documentó el proceso (Luna, *et al.*, 2003).

A su vez, la protección de los datos en salud en el marco del desarrollo de las TIC excede la incorporación de la HCE en los procesos asistenciales y se enfrenta a nuevos desafíos. Entre ellos se encuentra el resguardo de la privacidad de los datos que las personas ingresan en páginas web o Apps de salud, los cuales son registrados con fines comerciales, así como la regulación de la calidad y veracidad de la información que ofrecen los diferentes sitios y plataformas de salud. Ambas problemáticas son abordadas por la bibliografía sobre salud digital, tal como fue

¹⁵ Disponible en: <https://bit.ly/3iwpjZP>

desarrollado en el *Capítulo 1*. Tanto en lo que refiere a la protección de los datos personales como al uso de las TIC para acceder a información *online*, adquieren centralidad las brechas digitales, que marcan desigualdades en las posibilidades de apropiación de dichas tecnologías.

Al respecto, Schwarz (2020b) destaca las brechas digitales de género, definidas como las dificultades que las mujeres enfrentan a la hora de apropiarse del mundo tecnológico debido a la hegemonía masculina en el desarrollo y uso de las TIC, y señala que:

[...] si bien existe legislación que se propone proteger los datos personales en Argentina, las brechas sociales en general y digitales de género en particular limitan su ejercicio. La falta de recursos económicos y culturales, entre otros, resultan obstáculos para el pleno ejercicio de estos derechos [...] La sofisticación progresiva de los sistemas informáticos de administración y producción de datos se vuelve opaca para el lego; y si conocer sus mecanismos técnicos es inaccesible, controlar lo que ocurra lo será también (Schwarz, 2020b, p. 91).

De esta forma, las posibilidades de gestionar y controlar los datos personales de salud, de otorgar consentimiento para su registro y uso, en conocimiento de los alcances del mismo, no se cumplen cuando las personas no están lo suficientemente familiarizadas con los recursos tecnológicos empleados en dichos procesos. Es necesario, por lo tanto, que las políticas públicas se orienten en función de reducir las brechas digitales, entre ellas las de género, para que la incorporación de las TIC en el campo de la salud resulte equitativa, en vías de garantizar el acceso a los sistemas de salud y a la información necesaria, así como a la protección de los datos personales, tal como lo establece la normativa vigente.

2.2 Iniciativas de salud digital en el campo de la salud sexual

Las iniciativas de salud digital incluídas en esta sección tienen lugar en el marco normativo y de políticas públicas que regulan y configuran la salud y los derechos sexuales en la Argentina. Es decir, un campo que, a diferencia del de la salud digital, cuenta con una trayectoria política extensa en la que intervienen diferentes actores sociales, como los movimientos de mujeres y feminismos, el Estado, los sectores conservadores representados por la Iglesia Católica, entre otros, en la disputa por la producción de sentidos sociales y la formulación de políticas públicas y marcos jurídicos (Anzorena, 2021; Petracci y Pecheny, 2009).

Las iniciativas en materia de salud y derechos sexuales tienen como marco de referencia el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), creado en el año 2002 mediante la Ley N° 25.673¹⁶ a partir de las luchas y reivindicaciones de los movimientos de mujeres por el derecho a decidir sobre su cuerpo (Lois y Petracci, 2014). Desde marzo de 2018 este Programa funciona en el MSAL como Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSSyR). Tal como lo establece la ley que creó el programa, la DSSyR tiene entre sus objetivos: alcanzar un nivel más elevado de salud sexual y reproductiva para toda la población, con el fin de que pueda adoptar decisiones libres, autónomas, sin discriminación, coacciones ni violencias; garantizar el acceso a información, orientación, métodos anticonceptivos y a una atención integral en salud sexual y reproductiva; y potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre su propia salud sexual y reproductiva. De acuerdo con lo estipulado, esta Dirección articula con los programas de gestión local de diferentes partes del país. En el caso de CABA el Ministerio de Salud cuenta con un Área de Salud Sexual y Reproductiva, que forma parte de la Coordinación de Salud Sexual, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.

Teniendo en cuenta lo anterior, la búsqueda de iniciativas de salud digital en el campo de la salud y los derechos sexuales se realizó en los sitios web de los siguientes organismos: la OPS (que publica un listado de iniciativas de salud digital por país, entre ellos Argentina)¹⁷; el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (denominado como tal al momento de la búsqueda) y dentro de su página la sección correspondiente a la DSSyR; el Área de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de CABA; el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (dependiente del entonces Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, ambos de Nación); y el Programa Hablemos de todo (del Instituto Nacional de Juventud del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación).

El listado de iniciativas de salud digital publicado por la OPS en su página web permitió identificar, entre las correspondientes a Argentina, dos iniciativas

¹⁶ Disponible en: <https://bit.ly/3B2ijLp>

¹⁷ Disponible en: <https://bit.ly/2Hc69FJ>

vinculadas a la salud sexual. Una de ellas, puesta en marcha en 2011 por el Gobierno de la Provincia de Córdoba, tuvo como objetivo utilizar la comunicación a través de redes sociales virtuales para la prevención del embarazo no intencional. La otra, llevada adelante por Fundación Huésped entre 2008 y 2010, consintió en la creación y mantenimiento de un portal para la educación en sexualidad y VIH/sida, en el marco de una investigación-acción de la que dan cuenta Wang *et al.* (2009) (cuyo trabajo se incluyó en la sección *1.2 Antecedentes del Capítulo 1*).

Por su parte, la Fundación Huésped desarrolla diversas iniciativas de prevención y promoción de la salud y los derechos sexual mediante la incorporación de las TIC. Entre ellas se encuentra la plataforma que lleva el nombre #Dónde, cuyo objetivo es favorecer el acceso a los servicios de cuidado y atención de la salud sexual y promover la participación para mejorar la calidad de los mismos. La misma ofrece un mapa georeferenciado en el que se pueden ubicar aquellos servicios donde se entregan preservativos y métodos anticonceptivos, se realizan test de VIH y se puede acceder a la ILE (en el momento en que aún no era legal la IVE). La plataforma habilita la intervención por parte de los usuarios para agregar centros de salud, evaluaciones e información adicional, de forma anónima y gratuita.

Otra iniciativa, puesta en marcha en el año 2019 por la Subsecretaría de Gobierno Digital y el entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, es el Chat Crecer. De acuerdo con la información disponible *online*, el mismo funciona a través del sistema de mensajería de Facebook para ofrecer seguimiento durante el embarazo y el primer año de vida del niño/a a través de un asistente virtual. Según la fundamentación de esta iniciativa, el objetivo es acercar al sistema de salud a quienes no se encuentran en contacto con él al momento de cursar un embarazo, con el propósito de reducir la tasa de mortalidad materno infantil. Las interacciones con el asistente virtual se inician desde el sistema de mensajería de Facebook, por lo tanto, no se trata de una comunicación anónima. Tampoco son claras las políticas de confidencialidad aplicadas al tratamiento de los datos de los usuarios.

En el sitio web del Gobierno de CABA se ofrecen una serie de aplicaciones para descargar en el teléfono celular. Cuando se realizó la búsqueda, ninguna de ellas se vinculaba con temas de salud ni con promoción de los derechos sexuales.

Las Apps disponibles eran para gestión de trámites, turismo o tránsito. Entre los trámites a gestionar desde una de ellas (BA 147, la App de la línea telefónica 147) había opciones vinculadas al sistema de salud (referidas a la gestión de turnos), pero no se trataba de una aplicación especialmente destinada a la salud.

Por el contrario, al realizar una búsqueda para conocer las aplicaciones que se encontraban disponibles para descargar en el teléfono celular a través del gestor de aplicaciones¹⁸, se observó que, en línea con el planteo de Lupton (2014b), abundan las aplicaciones de iniciativa privada vinculadas a la salud sexual. En general, las mismas están destinadas tanto al seguimiento del ciclo menstrual (orientadas a identificar sus diferentes momentos y muchas de ellas con énfasis en la fertilidad) como al seguimiento del embarazo¹⁹. Se trata de aplicaciones que pueden descargarse en el teléfono celular y utilizarse de forma gratuita (que ofrecen también una versión paga con más funciones), en las que no siempre resultan claras o accesibles las políticas de privacidad y protección de los datos personales, como tampoco la procedencia de la información que difunden y quienes están involucrados en su desarrollo.

A su vez, dado que no se contaba aún con la Ley 27.610 de acceso a la IVE en la Argentina, la búsqueda incluyó aplicaciones que abordaran el tema del aborto. Esto dio como resultado dos aplicaciones disponibles en español: la App Safe Abortion, a cargo de la organización Women on Waves, que brinda información específica por país (ajustada a su marco legal) y proporciona vías de contacto con organizaciones que posibilitan el acceso al aborto seguro (en el caso de Argentina: Socorristas en Red y La Revuelta, Colectiva Feminista); y la App llamada SexualiApp, perteneciente al Ministerio de Salud y Protección de Colombia, que brinda información sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, incluido el aborto.

En cuanto a la información disponible en materia de salud y derechos sexuales se hace énfasis en aquella que ofrecen los organismos del Estado, ya que el mismo es un actor central para la incorporación de las TIC en vías de

¹⁸ Búsqueda para la cual se utilizó el gestor de aplicaciones *Apple Store* y los términos “salud sexual y reproductiva”, “anticoncepción” y “aborto” como motor de búsqueda.

¹⁹ Tales como Clue, Eve Glow, Flo, WomanLog, Maya, My Calendar, entre otras.

garantizar el derecho a la salud y al acceso a información. Los diferentes sitios en los que se realizó la búsqueda (detallados previamente) ofrecen información de calidad, en clave de derechos y con enfoque de género. La misma hace referencia a: métodos anticonceptivos y derechos, como la Ley 26.862 de Reproducción Médicamente Asistida²⁰ (en el sitio del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación); la línea telefónica de salud sexual (en la página de la DSSyR); consejerías en salud sexual, métodos anticonceptivos (entre ellos de emergencia, posparto, poscesárea o posaborto), acceso a ILE y leyes de salud sexual en la Argentina (en la página web del Área de Salud Sexual y Reproductiva de CABA); material gráfico sobre ILE, Educación Sexual Integral (ESI) y métodos anticonceptivos, además de vídeos disponibles para ver a través de Youtube (en el sitio web del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia).

Por último, la página Hablemos de todo del Gobierno Nacional también ofrece información (en formato de texto y audiovisual) sobre sexualidad, anticoncepción e ILE; y permite iniciar una conversación por chat (con la posibilidad de que ésta sea anónima). Esta iniciativa, que es parte del Programa del Instituto Nacional de Juventud (INJUVE), cuenta con dos líneas de trabajo: una digital y otra territorial. Al momento en que se realizó la búsqueda: la estrategia digital consistía en un espacio de consultoría *online* acompañada de intervenciones en redes sociales virtuales (@Hablemosdetodok en Instagram); la estrategia territorial comprendía un espacio “Formador de formadores” destinado a quienes trabajaban con jóvenes y encuentros entre jóvenes para la producción conjunta de narrativas digitales (conocidos como Hackatones). La propuesta, destinada a jóvenes y adolescentes, se basa en un enfoque integral de promoción de la salud sexual, por lo que en su página se ofrece información sobre temáticas tales como el placer, la diversidad, las relaciones sin violencia y el acoso sexual virtual (grooming), entre otras. Este tipo de abordaje va en línea con lo que establece la Ley 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, sancionada en 2006²¹. Esta página web se diferencia del resto de las que fueron mencionadas previamente, no tanto por las temáticas que

²⁰ Disponible en: <https://bit.ly/3iprKNA>

²¹ Disponible en: <https://bit.ly/3uu0PVA>

incluye, sino porque cuenta con una línea de intervención de tipo digital diseñada en torno a la incorporación de las redes sociales virtuales para la promoción de la salud y los derechos sexuales.

Tal como se observa a partir del recorrido (breve y acotado espacio-temporalmente) que se presenta a lo largo del apartado, el marco normativo y las políticas públicas de salud digital en el campo de la salud y los derechos sexuales tienen lugar en la intersección entre dos campos con recorridos relativamente autónomos, tal como sucede con Comunicación y Salud (Cuberli y Soares de Araújo, 2015; Petracci, 2015). Es en ese encuentro que se configura la incorporación, reciente y en proceso, de las TIC en el campo de la salud y los derechos sexuales. Regular la incorporación de las TIC en salud supone hacerlo también en el campo de la salud y derechos sexuales, a su vez, en el campo de la salud y los derechos sexuales las TIC constituyen una herramienta a disposición para incorporar de forma complementaria. Sin embargo, el desafío consiste, tal como en el campo de Comunicación y Salud, en el abordaje multidimensional y transdisciplinar que permita superar la incorporación subsidiaria de un campo por otro, sin dejar de lado la especificidad de cada uno de ellos.

2.3 Desafíos de cara al futuro

A modo de cierre y síntesis, las iniciativas de salud digital que tienen lugar en el marco de políticas públicas en la Argentina hacen énfasis en la informatización de los sistemas de información sanitaria y la unificación de los criterios para su registro. Es decir, entre la diversidad de prácticas que comprende la salud digital, se enfocan en la HCE y el aporte que pueden ofrecer las TIC para el desarrollo de estrategias de vigilancia epidemiológica²². Las políticas públicas en materia de salud y derechos sexuales, por su parte, utilizan las TIC como herramienta de comunicación (principalmente Internet) para brindar información en materia de prevención y promoción de la salud. Algunas páginas incluyen además la posibilidad de iniciar un chat (anónimo, si se desea) para realizar consultas. En general, se trata de iniciativas en las que la forma de concebir la comunicación no fue reformulada a partir de la incorporación de las TIC y los cambios que introduce. En otros términos,

²² Por ejemplo, una iniciativa que se orienta en este sentido es el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0), al que se puede acceder en: <https://bit.ly/2vaZcAn>.

no se trata de políticas pensadas en función de este tipo de tecnologías y sus especificidades (con excepción del Programa Hablemos de todo). A su vez, tampoco se trata de políticas que promuevan la utilización de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual sino, más bien, su incorporación en las políticas ya existentes de promoción y prevención.

La legislación que regula este tipo de iniciativas también hace énfasis en el manejo de los datos y las medidas necesarias para su protección. Al momento de realizar la búsqueda para la elaboración del contexto se observó la ausencia de legislación que regulara las diferentes prácticas asistenciales mediadas por el uso de las TIC (comprendidas por el término teleasistencia). Éstas se encuentran cada vez más extendidas en la práctica médica y su falta de regulación se presenta en el trabajo de campo como una preocupación, en términos médico-legales y laborales, para profesionales de la salud (tal como se desarrolla en el *Capítulo 4*). En este sentido, la Ley 27.553 de Recetas electrónicas o digitales, sancionada con posterioridad (en diciembre de 2020) durante la pandemia de COVID-19, empieza a configurar un marco normativo para este tipo de prácticas, al contemplar por primera vez no sólo la validez de las recetas electrónicas o digitales sino también las distintas modalidades de teleasistencia.

Tal como se desarrolla a lo largo de este capítulo, la incorporación de las TIC en salud enfrenta desafíos en materia de acceso (relativos a la infraestructura, conectividad, alfabetización digital y brechas digitales, entre ellas de género) y de protección de los datos personales de salud. A su vez, la formulación de políticas públicas en el marco del sistema de salud argentino enfrenta desafíos que atañen a la organización del mismo, su complejidad, su carácter descentralizado, fragmentado y desigual. Así como al carácter federal de la Argentina, que reconoce la autonomía de las diferentes jurisdicciones para gestionar la salud, implementar políticas públicas y sancionar marcos normativos (cuya heterogeneidad se observa en el *Mapa Normativo Argentino de Salud Digital*, publicado por la Dirección de Salud Digital, 2021). Estas cuestiones adquieren centralidad en los procesos de digitalización e informatización de la salud, ya que los mismos persiguen objetivos de trabajo en red (entre los diferentes subsectores, niveles de atención y jurisdicciones) e interoperabilidad (para permitir el intercambio de información).

Asimismo, la incorporación de las TIC en salud provoca modificaciones en los procesos asistenciales, por lo que es importante la capacitación de quienes se desempeñan laboralmente dentro de la red asistencial de salud para el uso y apropiación de dichas herramientas tecnológicas. Por último, el carácter dinámico y cambiante de la salud digital, en tanto involucra prácticas que se modifican rápidamente en función de los avances tecnológicos, requiere que los marcos normativos se actualicen con celeridad e impone nuevos desafíos a las políticas públicas.

Las cuestiones relativas al contexto de implementación de la salud digital, vinculadas a las condiciones de trabajo y la práctica diaria, reaparecen en las respuestas de los profesionales de la salud entrevistados al dar cuenta de los cambios ocasionados por la incorporación de las TIC (tal como se detalla en el *Capítulo 4*). Las mismas configuran el escenario en el que desarrollan sus prácticas como profesionales de la salud y son relevantes para poner en contexto el trabajo de campo. A continuación, en el *Capítulo 3*, se detallan las decisiones metodológicas implicadas en el desarrollo del mismo, la realización de las entrevistas y la conformación de la muestra.

Capítulo 3

Diseño metodológico

La propuesta metodológica para el abordaje del problema de investigación, desarrollada en el presente capítulo, parte de una concepción del proceso de investigación como anudamiento (siempre singular) entre el nivel epistemológico –la teoría–, el nivel metodológico –el método– y el nivel tecnológico –lo técnico– (Besse, 2011). Se trata, por lo tanto, de un proceso multidimensional en el que no es posible escindir los diferentes niveles. En el planteo del diseño metodológico y la puesta en práctica del trabajo de campo comienza a desarrollarse el análisis y la interpretación de los datos, de esta forma, las decisiones metodológicas involucran a los diferentes momentos del proceso de investigación y son una parte central de éste.

A continuación, el desarrollo del capítulo comprende: en primer lugar, algunas precisiones sobre la investigación cualitativa en ciencias sociales, con énfasis en el campo de la salud y en particular en el de Comunicación y Salud (CyS); en segundo lugar, los presupuestos sobre los que se sustenta el planteo del problema de investigación, las hipótesis y los objetivos; en tercer y último lugar, el recorrido por la experiencia del trabajo de campo, las decisiones metodológicas acerca de la conformación de la muestra y la técnica de relevamiento empleada (entrevista semiestructurada).

3.1 Investigación cualitativa en salud

El reconocimiento del carácter social, histórico y político de los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidados constituye el punto de partida de la investigación social en salud. Distintos enfoques, en diálogo entre sí, como la medicina social latinoamericana, la salud colectiva, la investigación social en salud, sexualidad y derechos, forman parte de tradiciones de pensamiento crítico en salud que:

[...] han hecho de la politicidad un supuesto compartido (pensar los fenómenos en la estructura social conflictiva y los procesos históricos que los producen) y de la acción colectiva y pública la apuesta por resolver los problemas (en oposición al individualismo y la mercantilización) (Pecheny, Capriati y Amuchástegui, 2018).

En línea con esta tradición de pensamiento se encuentra el campo de conocimiento y práctica de CyS. El mismo, tal como fue desarrollado en el *Capítulo 1*, se configura a partir de la creciente especialización y fragmentación de los estudios de la comunicación y la centralidad de la salud en las sociedades contemporáneas (Petracci y Waisbord, 2011); y se caracteriza por ser un campo transdisciplinar y heterogéneo (Cuberli y Soares de Araújo, 2015).

Dado que la investigación social en salud supone no sólo un abordaje transdisciplinario sino también multi-metodológico, los estudios cualitativos encontraron ahí un campo para desarrollarse (Pecheny y Manzelli, 2018). De esta forma, la investigación cualitativa en salud se caracteriza por la convergencia de múltiples disciplinas con sus tradiciones teóricas y metodológicas, tales como la sociología, la antropología, la medicina, la enfermería y el trabajo social (Amezcuza y Gálvez Toro, 2002). La heterogeneidad del campo de la investigación cualitativa en salud y su carácter transdisciplinario le aportan riqueza y al mismo tiempo le imponen una serie de desafíos. Estos últimos tienen que ver con las dificultades y retos que implica el trabajo interdisciplinario en tanto:

[...] supone el desplazamiento nómada hacia las periferias, hacia las zonas de intersección y encuentro con los campos de los otros, con la consiguiente pérdida de seguridad que conlleva relativizar nuestros títulos, nuestros lenguajes y nuestras identidades corporativas (Calderón, 2014, p. 8).

En este campo de estudios cualitativos se inscribe la presente tesis, cuyo diseño metodológico es tipo cualitativo dado el carácter exploratorio y descriptivo de la investigación. El enfoque cualitativo en ciencias sociales es una forma de aproximación a lo social que busca interpretar y comprender sus significaciones, a partir de los significados y sentidos que los propios actores dan a sus prácticas y experiencias. Ésto supone que:

En primer lugar, que en el análisis de lo social nos ubicamos en el paradigma de la comprensión y no de la explicación. [...] En segundo lugar, la búsqueda de significaciones se realiza tomando como base el lenguaje, no como medio de comunicación sino como la expresión de lo social, como su “materia prima” (Lulo, 2002). En tercer lugar, es de las expresiones de los actores sociales de donde partimos para reconstruir sus posibles significaciones. El texto, en sus diferentes formas, se convierte en el objeto de análisis (Kornblit, 2007, p. 9).

En este sentido, el enfoque cualitativo resulta apropiado para el abordaje de la presente investigación, ya que su objetivo es conocer y comprender los cambios que introduce la utilización de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual en el ámbito de las RMP desde la perspectiva de profesionales de la salud. Para recuperar sus puntos de vista, sus percepciones y opiniones a partir de sus propias interpretaciones resulta adecuado el enfoque cualitativo, dado que el mismo se orienta “[...] en función de los actores, es decir, lo que se intenta es comprender las significaciones otorgadas por ellos a los hechos en estudio a partir de sus propias explicaciones” (Kornblit, 2007, p. 10).

Desde este tipo de enfoque se busca dar cuenta de las significaciones que los actores atribuyen a sus experiencias, vivencias, acciones y relaciones sociales. Para ello, la interpretación consiste en “[...] oír los relatos de campo como narrativas en perspectiva y no como informaciones, mucho menos como verdades” (Minayo, 2010, p. 259). Es decir, trabajar con interpretaciones y considerarlas como tales, lo cual implica elaborar interpretaciones de segundo orden en el proceso de investigación. Uno de los retos de la investigación cualitativa es tomar las significaciones que los actores construyen respecto de lo social, comprenderlas dentro de su propia lógica y superarlas de modo de producir interpretaciones que constituyan un aporte en términos de conocimiento científico. En este punto es importante recordar que “[...] las investigaciones cualitativas que escriben los científicos sociales son interpretaciones en las que intervienen sus propios mundos culturales (incluyendo sus trayectorias biográficas y su condición genérica)” (Kornblit, 2007, p. 10). Se trata, por lo tanto, de una forma de construcción de conocimiento que reconoce su carácter situado.

Por último, la flexibilidad propia de los diseños de investigación cualitativa es otra de las cualidades que hacen de éste un enfoque apropiado para la presente investigación. Freidin y Najmias (2011) afirman (a partir del planteo de Maxwell, 1996) que:

[...] los objetivos o preguntas de investigación, la estrategia metodológica y la perspectiva teórica son elaborados de manera preliminar (al formular el proyecto) y en el desarrollo de la investigación algunos de estos componentes van modificándose (p. 52).

Es por eso que los diseños de investigación cualitativa son útiles a la hora de estudiar fenómenos que presentan algo novedoso o frente a los cuales la aproximación es de tipo exploratoria. Tal es el caso de esta investigación, que se propone indagar sobre el uso de las TIC en salud sexual siendo este un campo de investigación e intervención en proceso de configuración (por lo reciente de muchas de las prácticas que involucra) y sujeto a cambios constantes (por el ritmo con el que se producen los desarrollos tecnológicos). En este contexto resulta fundamental contar con un diseño de investigación que contemple posibles reformulaciones. De hecho, la flexibilidad del mismo y su capacidad de adaptarse resultaron centrales a la hora de realizar el trabajo de campo, tal como se detalla más adelante.

3.2 Objetivos, presupuestos e hipótesis de trabajo

Los presupuestos sobre los que se sustenta el planteo del problema de investigación son:

1. Que el anonimato y la confidencialidad que ofrecen las TIC, al menos propositivamente, las convierte en un medio apropiado para el abordaje de la salud y los derechos sexuales (McCarthy *et al.*, 2012; Peñafiel *et al.*, 2016; Poorisat y Chib, 2014; Von Rosen *et al.*, 2017; Wang *et al.*, 2009).
2. Que el acceso a información sobre salud *online* favorece la autonomía de los pacientes/ usuarios del sistema de salud e introduce cambios en el formato de RMP tradicional (Marín-Torres *et al.*, 2013; Nwosu y Cox, 2000; Pagliari *et al.*, 2005; Petracci *et al.*, 2017).

A partir de ambos presupuestos se plantea la pregunta por los cambios que introducen las TIC en el campo de la salud y los derechos sexuales, en particular en el ámbito de la RMP. A su vez, de estos presupuestos se desprenden las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Que en un contexto como el de Argentina, en el que la salud y los derechos sexuales transitan el escenario público y político y, sin embargo, existen limitaciones en el acceso al ejercicio efectivo de los mismos, Internet se configura como una vía apropiada para la difusión y el acceso a información sobre salud y derechos sexuales.

2. Que los cambios que introduce la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual interpelan a los profesionales de la salud dado que experimentan dichos cambios en su práctica profesional diaria, en especial en el ámbito de la RMP.

Objetivo general

Conocer y comprender los cambios que introduce la utilización de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual en el ámbito de la RMP desde la perspectiva de profesionales de la salud de CABA, Argentina.

Objetivos específicos

1. Explorar las representaciones sociales de profesionales del campo de la salud sexual sobre la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual.
2. Indagar sobre las percepciones de profesionales del campo de la salud sexual respecto de los cambios en la RMP ocasionados por el acceso a información sobre salud sexual *online* por parte de los pacientes.
3. Analizar las opiniones de profesionales del campo de la salud sexual sobre los cambios que introduce la incorporación de las TIC en sus prácticas profesionales cotidianas.

3.3 Trabajo de campo y conformación de la muestra

El trabajo de campo se llevó adelante durante los meses de noviembre y diciembre de 2019 y enero, febrero y marzo de 2020 y consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales del campo de la salud sexual de CABA. Los mismos comprenden el universo de estudio del cual se seleccionó la muestra, es decir, un conjunto de unidades de análisis (en este caso, sujetos) que resultaron relevantes en función de los objetivos de trabajo (Sautu *et al.*, 2005).

Teniendo en cuenta el carácter exploratorio de la investigación y el enfoque cualitativo para su abordaje, la estrategia metodológica consistió en trabajar con una muestra no probabilística, cuyo tamaño definitivo fue fijado de acuerdo con los criterios de relevancia, propósito teórico y saturación teórica (Glaser y Strauss, 1967). El criterio de relevancia apunta a la heterogeneidad y variabilidad en la

selección de los entrevistados. El propósito teórico se refiere a la selección de criterios iniciales de muestreo sobre la base de la información preexistente y el estado del debate teórico sobre el tema. Y la saturación teórica tiene lugar cuando el contenido de las nuevas entrevistas no permite elaborar nuevas categorías sobre las dimensiones relevantes. De esta forma, la conformación de la muestra se estableció a partir de los criterios de inclusión previamente definidos y el desarrollo del trabajo de campo (durante el cual se realizó simultáneamente el análisis inicial de los datos). Al trabajar con una muestra de este tipo no se busca representatividad en términos estadísticos, sino que:

Al establecer la significación que determinados contenidos o determinadas prácticas tienen para los actores, se muestra simultáneamente algo sobre la sociedad a la que ellos pertenecen, y es posible que eso pueda extenderse a contextos más amplios (Kornblit, 2007, p. 9).

En la investigación cualitativa el proceso de selección de la muestra, la elaboración de los datos (el trabajo de campo) y el análisis e interpretación de los mismos están interrelacionados. Teniendo en cuenta esto, a continuación se detallan las decisiones metodológicas que tuvieron lugar a la hora de diseñar la investigación y llevarla adelante. Así como su reformulación, en los casos en los que resultó necesario durante el trabajo de campo.

Criterios de inclusión en la muestra

Los sujetos de la investigación fueron incluidos en la muestra a partir de los siguientes criterios: 1) ser profesionales del campo de la salud sexual (ginecólogos, obstetras, obstétricas y otros) y 2) trabajar en la red asistencial de CABA. Estos criterios de inclusión fueron definidos en función de los objetivos de la investigación, en relación con las características del universo de estudio y el desarrollo del trabajo de campo. Su definición involucra la decisión, en primer lugar, de incluir en la muestra a diferentes profesionales que trabajan en el campo de la salud y los derechos sexuales (de distintas profesiones y con diferentes trayectorias dentro del sistema de salud); en segundo lugar, de incluir a aquellos que se desempeñan en los diferentes subsectores de la red asistencial de CABA (público, obra sociales/ seguridad social y privado). Estos criterios se definieron de forma tal de posibilitar que integren la muestra diferentes profesionales de la salud de los distintos

subsectores del sistema de salud de CABA. Sin embargo, dado el carácter exploratorio de la investigación y la flexibilidad del diseño propuesto, no se fijaron cuotas para la conformación de la muestra.

El primer criterio de inclusión en la muestra responde a una concepción integral de la salud y a un emergente del trabajo de campo. Por un lado, el enfoque integral de la salud, en particular la salud y los derechos sexuales, supone una intervención transdisciplinaria y con ella el involucramiento de profesionales con diversa formación y trayectoria. El cuidado y atención de la salud sexual, tal como la define la OMS (2006), exige el diálogo transdisciplinar dado que comprende “[...] un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad” (OMS, 2006). En esta línea, la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS del Ministerio de Salud de CABA (2019) destaca la interdisciplinariedad de los equipos de salud para dar respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva, y apunta a la incorporación de distintos perfiles profesionales y ocupacionales en los mismos.

El interés por recuperar la perspectiva de diferentes profesionales de la salud involucrados en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual desde un abordaje integral e interdisciplinario justifica la relevancia de su inclusión en la muestra. Esta decisión apunta a incluir diferentes perfiles profesionales, desde aquellos cuya formación es de tipo biomédica hasta quienes cuentan con una formación vinculada a la concepción biopsicosocial de los procesos de salud-enfermedad- atención- cuidados, ya que se asume que sus posturas en cuanto a la incorporación de las TIC y sus implicancias para la RMP podrían variar en función de esto.

Por otra parte, durante el desarrollo del trabajo de campo las primeras médicas entrevistadas señalaron que las Lic. en Obstetricia (obstétricas) se encontraban más cercanas a las pacientes y en una comunicación más directa con ellas²³ por ser quienes se ocupan del seguimiento del embarazo (principalmente dentro del subsector público). La cercanía y la cotidianidad en el trato con las pacientes son cuestiones relevantes al indagar sobre los cambios en la RMP a partir

²³ Referidas en femenino como “las pacientes” o “las embarazadas” por parte de las profesionales entrevistadas.

de la incorporación de las TIC, sobre todo cuando se trata de prácticas como la comunicación vía SMS o WhatsApp (WA). Asimismo, la inclusión en la muestra de profesionales que cuentan con diferentes trayectorias dentro del sistema de salud (expresada en años de antigüedad en el ejercicio profesional) y que, por lo tanto, ocupan diferentes posiciones dentro del mismo (por ejemplo: residentes, jefes de residentes, médicos de planta) apunta a recuperar posibles diferencias en sus opiniones en relación con las funciones que cumplen en el proceso de cuidado y atención de la salud sexual.

El segundo criterio de inclusión en la muestra corresponde a la inscripción geográfica de la investigación en CABA, por lo que la muestra incluye a profesionales de la salud que ejercen en diferentes servicios dentro de la misma. Esta decisión se sustenta sobre el mayor desarrollo de las TIC dentro del sistema de salud de CABA, en sus diferentes subsectores, con respecto al resto del país (Giussi Bordoni *et al.*, 2016). Sobre todo en lo que hace a la informatización del registro médico, dado que al momento de realizar el trabajo de campo se encontraba extendido el uso de la HCE (con diferentes diseños y desarrollos) tanto en el subsector privado como en el público (en los CeSAC y consultorios externos).

Además, la inclusión en la muestra de profesionales de la salud que se desempeñan tanto en el subsector público como en el privado busca dar cuenta de las diferentes realidades dentro de un sistema de salud que se caracteriza por ser desigual, fragmentado y descentralizado (Acuña y Chudnovsky, 2002; Maceira, 2018). En este sentido, el acceso y la incorporación de las TIC varía en función de los recursos y la infraestructura disponible, así como en relación con la disponibilidad y acceso a este tipo de herramientas por parte de los usuarios o la población que atiende su salud en cada subsector. Recuperar estas diferencias a partir de las experiencias de los profesionales que se desempeñan en los diferentes subsectores (y en algunos casos, en más de uno al mismo tiempo) justifica la relevancia de su inclusión en la muestra.

Experiencia de trabajo de campo

La técnica de relevamiento empleada para el trabajo de campo fue la entrevista, con consentimiento informado, realizada a partir de una guía

semiestructurada de preguntas abiertas y cerradas (disponible en el *Anexo I. Guía de pautas*). La misma fue pensada como una herramienta flexible, que pudiera adaptarse al momento y al contexto de la entrevista, así como a las respuestas y al orden en el los entrevistados mencionan los temas de su interés. En las entrevistas se abordaron las dimensiones de los objetivos propuestos, esto es: las representaciones sociales de la eSalud/eHealth por parte de los profesionales entrevistados; sus percepciones sobre la utilización de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual; y sus opiniones sobre los cambios que introducen dichas tecnologías en el ámbito de la RMP. Durante el trabajo de campo los temas emergentes fueron tenidos en cuenta y se incluyeron en las siguientes entrevistas, dada la simultaneidad en el desarrollo de las diferentes etapas de trabajo propia de la investigación cualitativa (así, por ejemplo, se decidió profundizar en prácticas como la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes a través de WA, cuya importancia destacaron los primeros entrevistados).

Las entrevistas tuvieron una duración de 45 minutos aproximadamente y se llevaron a cabo en el lugar elegido por los entrevistados. En general, se trató de sus lugares de trabajo, donde se utilizó algún consultorio o área común que estuviera disponible para realizar la entrevista. Las dificultades propias de la dinámica de trabajo dentro del sistema de salud (principalmente en el subsector público) se hicieron presentes no solo en el proceso de contactar a los entrevistados sino también durante el desarrollo de las entrevistas una vez concretado el encuentro. Las interrupciones, la falta de privacidad por momentos (al entrar otras personas al lugar donde se llevaba a cabo la entrevista, tanto para hacerle una consulta al entrevistado como para buscar algo) y la falta de tiempo por parte de los profesionales de la salud, marcaron la dinámica y el ritmo de las entrevistas. En otros casos, los entrevistados prefirieron encontrarse en un café cercano a sus lugares de trabajo y dispusieron del tiempo necesario para realizar la entrevista ahí. Si bien hubo menos interrupciones en estos casos, algunos llamados o mensajes al teléfono celular de los entrevistados y el ruido en el ambiente generaron cortes en las entrevistas.

Sin embargo, la voluntad de los entrevistados por participar del estudio y el interés de muchos de ellos por conversar sobre los temas de la entrevista, hicieron

que en todos los casos fuera posible completar las mismas. El lenguaje empleado en las preguntas de la guía no presentó mayores complicaciones a la hora de realizar las entrevistas, los entrevistados pudieron responder todas las preguntas y no mostraron incomodidad con respecto a las temáticas abordadas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas para su posterior análisis, tal como fue acordado previamente con los entrevistados. De los quince entrevistados sólo una no accedió a que la entrevista fuera grabada, por lo que se registraron por escrito sus respuestas durante la entrevista.

Las medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO) que entraron en vigencia en la Argentina el día 20 de marzo de 2020 en respuesta a la pandemia de COVID-19, hicieron que fuera necesario el replanteamiento de la estrategia a seguir en cuanto al trabajo de campo. En este sentido, resultó conveniente avanzar con el análisis a partir de las entrevistas hechas hasta el momento en que comenzó el aislamiento. Esta decisión se basó en dos motivos. En primer lugar, las dificultades para continuar con el trabajo de campo por la imposibilidad de concretar las entrevistas, ya que los profesionales de la salud ocuparon un lugar de alta demanda frente a la crisis sanitaria provocada por la pandemia. En segundo lugar, las estrategias desplegadas para dar respuesta a la pandemia de COVID-19 aceleraron el proceso de incorporación de las TIC en el campo de la salud. Seguir con el trabajo de campo e ignorar la situación podría haber implicado un sesgo en las respuestas de los entrevistados si se tiene en cuenta que, por ejemplo, de cara a la pandemia la telemedicina adquirió una centralidad que no tenía cuando comenzó el trabajo de campo.

Conformación de la muestra a partir del trabajo de campo

En el desarrollo del trabajo de campo, dado el carácter exploratorio de la investigación, los sujetos del estudio fueron contactados a partir de la técnica conocida como “bola de nieve”. De acuerdo con la misma, los propios participantes (en este caso entrevistados) colaboraron para facilitar el contacto de posibles nuevos participantes. De esta forma, integran la muestra quienes cumplen con los criterios de inclusión, fueron referidos por otros entrevistados y accedieron a participar de la investigación.

Los entrevistados fueron contactados tanto por *e-mail* como por WA (dependiendo de la vía de contacto aportada por sus colegas). Si bien se observó, en general, predisposición e interés de su parte por participar de la investigación, las dificultades dadas por la falta de tiempo o los imprevistos propios del trabajo en atención de la salud hicieron que no fuera posible concretar todas las entrevistas. En total fueron contactados 24 profesionales de la salud y se logró concretar una entrevista con 15 de ellos (ver el *Anexo II. Contacto con los entrevistados*). A su vez, las entrevistas realizadas a profesionales de la salud mujeres dieron lugar a nuevas entrevistas con colegas también mujeres²⁴. Es por eso que de las 15 entrevistas realizadas 14 corresponden a entrevistadas mujeres y 1 a un entrevistado varón. El proceso de muestreo se desarrolló de forma tal que el resultado (es decir la conformación final de la muestra) expresa, por un lado, la preferencia de las profesionales de la salud mujeres por referenciar a otras mujeres a la hora de continuar el proceso de la “bola de nieve” y, por otro, las características del universo de estudio, dado el proceso de feminización del sector salud (Eiguchi, 2017).

Sobre esto último, tal como señala el informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2018) el sector salud en Argentina atraviesa un proceso de feminización profesionalizada desde la década de 1980. El mismo es resultado de la incorporación masiva de las mujeres a las universidades. Sin embargo, esta no fue acompañada por la paridad en el salario entre varones y mujeres, ni tampoco por el acceso de las mujeres a los cargos de toma de decisiones. A su vez, la predominancia femenina o masculina en las diferentes especialidades reproduce los estereotipos de género, al ser la mayoría mujeres en especialidades vinculadas al cuidado materno-infantil, y responde a las diferencias en materia de remuneración y prestigio que existen entre las especialidades, que da lugar a la predominancia masculina en especialidades como cirugía y anestesiología (PNUD, 2018). Como parte de este proceso de feminización de la profesión médica, la impronta masculina en la atención del parto se está revirtiendo. En este sentido, la especialidad en obstetricia registra un crecimiento de la matrícula femenina en la Argentina (MSAL, 2011). Además, predominan las mujeres entre las obstétricas (Lic.

²⁴ Que se identificaron como tales a partir de la pregunta: “¿Tu género es?” (*Anexo I. Guía de pautas*).

en Obstetricia) y parteras, quienes se ocupan de la asistencia del embarazo, parto y puerperio cuando no se presentan complicaciones y de realizar acciones de promoción y prevención de la salud (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019).

Al realizar el trabajo de campo y advertir que las profesionales de la salud entrevistadas referían a colegas mujeres a la hora de pasar el contacto de otra posible entrevistada, una de ellas fue consultada al respecto y señaló:

En tocogineco sí, demasiadas [mujeres]. Nosotros en la resi no tenemos varones, sí hay médicos internos eh [...] pero son ya grandes, son los internos. Pero residentes no hay casi ninguno. Hay muy pocos hombres en tocogineco (27, Residente de Tocoginecología, Hospital Público²⁵).

Dado que se asume que el género de los entrevistados es una variable que influye en sus respuestas a la hora de hablar sobre la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual, ya que la dimensión de género está implicada en el planteo mismo del problema de investigación, se consideró más apropiado trabajar con una muestra que incluyera sólo a las entrevistadas mujeres. En este sentido, se decidió no incluir a un médico de 68 años entrevistado ya que sus respuestas no permitían visualizar tales diferencias. Sin embargo, se advierte que en futuros trabajos sería relevante incluir intencionalmente en la muestra a profesionales de la salud varones, de modo de poder establecer comparaciones entre sus respuestas y las de sus colegas mujeres, así como recuperar su perspectiva sobre el tema.

A partir del desarrollo del trabajo de campo y los criterios de inclusión de la muestra, la misma quedó conformada por 14 profesionales de la salud, todas ellas mujeres, de entre 26 y 64 años (con una edad mediana de 38 años). De ahí que, en el análisis haya referencias solamente a “las entrevistadas”. Las mismas se desempeñaban en el sistema de salud de CABA al momento de la entrevista (condición para su inclusión en la muestra), ya sea de forma exclusiva el subsector público (8 de las entrevistadas), en un centro de salud privado (4) o en ambos: en su consultorio privado y en el subsector público (2). Contaban, a su vez, con diferente

²⁵ Se indican entre paréntesis los siguientes datos referidos a las entrevistadas: edad (años), profesión/ especialidad y lugar de trabajo (en el caso de trabajar en dos o más lugares se respeta el orden de importancia atribuido por las entrevistadas).

antigüedad laboral y trayectoria dentro del sistema de salud. Se encontraban en sus primeros 10 años de ejercicio profesional 7 de las entrevistadas (4 eran residentes y 1 jefa de residentes), contaban con entre 11 y 25 años de trabajo como profesionales de la salud 2 de las entrevistadas y tenían 26 años o más de antigüedad 5 de ellas (entre las que se desempeñaban como coordinadoras de programas de salud sexual en hospitales públicos 2 de ellas). A su vez, la muestra se compone de profesionales de la salud provenientes de diferentes disciplinas. Si bien la mayoría de las profesionales de la salud que conforman la muestra son médicas, pertenecen a diferentes especialidades tales como Tocoginecología (7 de las entrevistadas), Ginecología (2), Obstetricia (1) y Medicina General (1). Por otra parte, la muestra comprende profesionales de la salud con una formación de grado diferente de medicina, que hicieron o estaban haciendo al momento de la entrevista una residencia dentro del sistema de salud. Son Licenciadas en Obstetricia (2 de las entrevistadas) y en Trabajo Social (1).

Las características sociodemográficas de las entrevistadas, detalladas previamente (disponibles en el *Anexo III*), fueron tenidas en cuenta al realizar el análisis de los datos. El mismo se presenta a continuación, en el *Capítulo 4*, de acuerdo con los criterios que establecen Tong, Sainsbury y Craig (2007) para la presentación de resultados de investigaciones cualitativas, y recupera los ejes temáticos incluidos en la guía de pautas (ver *Anexo I*) y los introducidos por las profesionales de la salud entrevistadas (temas emergentes).

Capítulo 4

Las representaciones sociales, opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre la incorporación de las TIC en el cuidado y atención de la salud sexual

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados. Esto es, la descripción e interpretación de las representaciones sociales, las opiniones y las percepciones de las profesionales de la salud sobre los cambios que introduce la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual en la RMP. De esta forma, el análisis comprende los tres niveles de aproximación al tema establecidos en los objetivos específicos.

El capítulo se organiza en dos secciones: en la primera, se desarrolla el análisis de las representaciones sociales de la *eSalud/eHealth*; en la segunda, se presenta las opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre los cambios ocasionados en la RMP a partir de la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual, analizadas según diferentes ejes temáticos.

4.1 Representaciones sociales de la salud digital

La teoría de las representaciones sociales elaborada por Moscovici (1961) se inscribe en el campo de la psicología social dentro del paradigma teórico del construccionismo y, tal como indican Petracci y Kornblit (2004), se nutre de los aportes de la fenomenología (Schutz y Luckmann, 1973), la etnometodología (Cicourel, 1973) y el interaccionismo simbólico (Berger y Luckmann, 1968). A continuación, se presenta este enfoque analítico (que comprende desarrollos teóricos y metodológicos) y luego se profundiza en el análisis de las ideas, imágenes y significaciones de las profesionales de la salud entrevistadas sobre la *eSalud/eHealth*.

Teoría de las representaciones sociales

Moscovici (1961) elaboró la teoría de las representaciones sociales para entender cómo la teoría psicoanalítica era entendida y apropiada por parte de la

sociedad francesa, es decir, cómo se constituía en una representación social. Partió del concepto de representaciones colectivas desarrollado por Durkheim (1898) a finales del s. XIX. A diferencia de estas últimas, las representaciones sociales no solo son reproductoras del conocimiento de la vida cotidiana (en el sentido de imponerse a las personas) sino que son productoras del mismo. Operan como pensamiento constituido, en tanto productos que reflejan formas de entender e interpretar el mundo, y como pensamiento constituyente, ya que hacen a la construcción de la realidad, por lo que pueden ser entendidas y estudiadas como productos y/o procesos (Petracci y Kornblit, 2004).

Las representaciones sociales son la representación simbólica de un objeto socialmente significativo (que reproducen y constituyen), son de carácter social al ser comunes a un grupo social determinado, se elaboran en los procesos de interacción y comunicación y se cristalizan en las prácticas sociales (Petracci y Kornblit, 2004). El sentido atribuido por los sujetos al mundo social a partir de sus representaciones sociales comprende además un aspecto práctico, en tanto, las representaciones sociales se cristalizan en prácticas sociales en un proceso en el que “[...] convergen aspectos psicológicos, conscientes e inconscientes, y el trasfondo cultural, histórico, político y social” (Petracci, 2011, p. 23). El estudio de las representaciones sociales permite una aproximación analítica a los sentidos que subyacen a las prácticas de los actores. En este caso, las prácticas de profesionales de la salud vinculadas a la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual.

A partir de la teoría de las representaciones sociales elaborada por Moscovici (1961), Abric (1976) desarrolla una aproximación estructural que plantea la existencia de elementos de naturaleza disímil en una representación social organizados en torno a un núcleo central (Petracci y Kornblit, 2004). Abric (1976) diferencia así entre el contenido de una representación social y la organización jerárquica del mismo en torno a un núcleo central y uno periférico. De esta forma:

Este sistema central tiene dos funciones: generar el significado principal de la representación y determinar la organización de los otros elementos. [...] El sistema periférico está compuesto por todos los otros elementos de la representación, los cuales son responsables

de la movilidad, la flexibilidad y las diferencias entre los individuos (Petracci y Kornblit, 2005, p. 94).

Por último, el análisis de las representaciones sociales en el marco de espacios situados comprende, tal como plantea Jodelet (2008), sus tres esferas de pertenencia: la objetiva, la intersubjetiva, y la trans-subjetiva, ya que:

Su estudio permite acceder a los significados que los sujetos individuales o colectivos atribuyen a un objeto localizado en su entorno social y material, y examinar cómo tales significados están articulados a su sensibilidad, sus intereses, sus deseos y sus emociones, así como también al funcionamiento cognitivo (Jodelet, 2008, p. 52).

A continuación, se presenta el análisis de las representaciones sociales de la *eSalud/eHealth*. El mismo recupera el punto de vista de los actores, profesionales de la salud, y se orienta en función de sus subjetividades, ya que “[...] las maneras en que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas” (Jodelet, 2008, p. 50).

Las representaciones sociales de la *eSalud/eHealth*

Para conocer las representaciones sociales, la técnica empleada fue la asociación de palabras a un término inductor, en este caso: “*eSalud/eHealth*”. Se les consultó a las entrevistadas por las palabras asociadas al mismo (evocación), el significado atribuido a esas palabras (significación) y su importancia (jerarquización)²⁶. En el análisis, que retoma estas tres dimensiones de relevamiento, predomina la interpretación de los significados de las palabras asociadas por sobre la cuantificación de la distribución de frecuencias en la evocación de las mismas. El triple abordaje de las representaciones sociales que supone esta técnica permite dar cuenta de la estructura de las representaciones sociales, es decir, los elementos que conforman el núcleo central y periférico en torno a los cuales se cristalizan los sistemas de representación (Abric, 1994). Tal como señalan Petracci y Kornblit (2004) “El carácter espontáneo y la dimensión proyectiva de esta producción

²⁶ A partir de las preguntas: “Si te digo *eSalud/ eHealth* ¿qué palabra/ palabras se te ocurren?”; “Dijiste [palabra mencionada] ¿Qué significa para vos en relación con la *eSalud/ eHealth*?”; y “¿Cuál de todas las palabras es más importante para vos en relación a la *eSalud/ eHealth*?” (Ver *Anexo I*).

posibilita acceder más fácil y rápidamente a los elementos (latentes o no) que conforman el universo semántico del objeto estudiado” (p.95).

Desde este enfoque se busca recuperar el carácter espontáneo de la asociación de palabras. Es por eso que las preguntas referidas a las representaciones sociales se realizaron al comienzo de las entrevistas, de forma tal que las respuestas no se vieran influenciadas por los temas introducidos posteriormente. La intención fue indagar sobre las representaciones sociales de la *eSalud/eHealth* independientemente de cuán familiarizadas estuvieran las entrevistadas con el término y sin tener en cuenta las cuestiones específicas sobre las que se preguntaría luego durante la entrevista (como ser, por ejemplo, los cambios que introducen las TIC en la RMP).

Una primera lectura general de las respuestas permite observar que prima cierto desconocimiento del término *eSalud/eHealth* entre las entrevistadas. Sin embargo, todas pudieron hacer el ejercicio de asociar palabras al mismo e indicar el significado que les atribuían. De esta forma, a pesar de no estar familiarizadas con el término asociaron palabras pertinentes en relación con el fenómeno de la salud digital, que corresponden al ámbito de su experiencia como profesionales de la salud. Es decir, la salud digital era parte de la cotidianidad de su trabajo (incluso como un fenómeno inevitable e irreversible según algunas de ellas) aunque no formara parte de sus reflexiones (algunas no conocían el término o indicaron no estar informadas al respecto).

A partir del ejercicio de asociación propuesto, las entrevistadas mencionaron cada una 3 palabras (en promedio) asociadas al término inductor *eSalud/eHealth*, con una frecuencia de evocación dispersa, común en este tipo de investigaciones sobre representaciones sociales. Tal como se observa en la Tabla 2, disponible en el *Anexo IV*, las profesionales de la salud entrevistadas asocian numerosas palabras al término inductor con pocas menciones en total.

En el siguiente gráfico se observan las palabras más significativas entre las mencionadas por las entrevistadas²⁷, aquellas que componen el núcleo central de sus representaciones sociales:



Gráfico 1. Nube de palabras. Núcleo central de las representaciones sociales de la eSalud/eHealth.

Se puede observar que las palabras que integran el núcleo central de las representaciones sociales aluden a la definición del término eSalud/eHealth. Esto es, a la incorporación de tecnologías en el campo de la salud, entre las que se encuentra Internet, y a la disponibilidad de información que las mismas posibilitan. Es decir, el núcleo central reúne palabras que describen el fenómeno que comprende la salud digital en términos más o menos específicos que no tienen, a priori, una connotación negativa o positiva. Es por ello, y por la gran cantidad de palabras que integran el sistema periférico (las restantes 24 palabras evocadas, del total de 31), que se profundizó en la significación de las mismas.

Se partió de la tipología propuesta por Petracci y Elicabe (2021) en el análisis de las representaciones sociales de eHealth de médicos de las especialidades Clínica, General y Familiar del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) que comprende: 1. Representación tecnológico informativa y enumerativa; 2. Representación tecnológico-valorativa con orientación positiva; y 3. Representación tecnológico-valorativa con orientación negativa. Tomando como base esta tipología, el análisis de los sentidos que las entrevistadas dan a los términos que asocian a la eSalud/eHealth permitió establecer criterios para la elaboración de dos tipos de representación social, con sus correspondientes subtipos: 1. Descriptiva (1.1 General y 1.2 Específica) y 2. Valorativa (2.1 Favorable y 2.2 Desfavorable). El

²⁷ Fueron definidas como las más significativas a partir de su frecuencia de evocación y su jerarquización por parte de las entrevistadas.

análisis de cada uno de ellos y la significación que atribuyen las entrevistadas a los términos que reúnen se desarrolla a continuación.

1. Representación social de tipo descriptivo de la eSalud/eHealth

Este tipo de representación social comprende, a su vez, algunos de los términos que integran el núcleo central de las representaciones de la eSalud/eHealth. Tales como “Salud”, “Internet”, “Información” y “Página de Internet”, que definen en un sentido general la salud digital. Estos términos entran en relación con otros, ubicados en una posición periférica en la estructura de las representaciones sociales de la eSalud/eHealth, con los que tienen en común el sentido atribuido por las entrevistadas, esto es, su carácter descriptivo.

1.1 Representación social descriptivo general de la eSalud/eHealth

En este grupo se encuentran los términos a partir de los cuales las entrevistadas ofrecen una idea general sobre lo que creen que es la eSalud/eHealth. Brindan así una definición del término más bien amplia, es decir, en la que pueden alojarse diferentes prácticas o facetas del fenómeno. Se trata de los siguientes términos: “Salud”, “Internet”, “Página de Internet”, “Información”; “Comunicación”, “Innovación” y “Computación”.

A partir de los significados atribuidos a términos como “Salud” e “Internet” las entrevistadas dejan entrever la falta certeza que tienen a la hora de asociarlos con la eSalud/eHealth:

Lo que se me ocurre, porque no tengo idea, sería algo que tiene que ver con artículos relacionados a la salud o eventos relacionados a la salud, a lo científico. Información sobre salud (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC)²⁸.

Seguido de su aclaración, que opera como una forma de excusarse por no conocer la definición exacta del término, da cuenta de esa idea vaga con la que lo asocia. La misma comprende la información sobre temas de salud disponible *online*. Con mayor generalidad aún y menos palabras indican lo que quieren decir con el término “Salud” dos de las entrevistadas: “Internet más salud” (45, Médica Tocoginecóloga, Centro de salud privado) y “Me suena a algo de salud” (38, Médica Generalista, Hospital Público).

²⁸ Se indican entre paréntesis los siguientes datos referidos a las entrevistadas: edad (años), profesión/ especialidad y lugar de trabajo (en el caso de trabajar en dos o más lugares se respeta el orden de importancia atribuido por las entrevistadas).

Al analizar el significado atribuido a los términos con los que las entrevistadas ofrecen una descripción general de la eSalud/eHealth, que abrevia en su definición, se observa, por un lado, la aclaración sobre la falta de certezas y por otro la asociación de la eSalud/eHealth a la disponibilidad de información en Internet. Sobre el primer punto, en las respuestas de las entrevistadas se combina la falta de seguridad (por no conocer con exactitud el término) con la voluntad de ofrecer una respuesta (aunque sea general y descriptiva) y la necesidad de aclarar esa falta de certezas (como si se esperara de su parte una respuesta “correcta”). El segundo punto, la disponibilidad de información sobre salud *online*, adquiere relevancia en el marco de la pregunta por los cambios que ésta introduce en la RMP, que forma parte del planteo del problema de investigación²⁹. En este sentido, que aparezca espontáneamente la palabra “Información” entre las mencionadas por las entrevistadas, implica que la disponibilidad de información *online* sobre cuestiones médicas o de salud es un tema que las profesionales del campo de la salud sexual tienen presente cuando piensan en la eSalud/eHealth. Esto indica que se trata de una cuestión relevante desde su punto de vista, lo que justifica la posterior indagación y profundización en el tema.

1.2 Representación social descriptivo específica de la eSalud/eHealth

En este tipo de representación social se encuentran las palabras con las que las entrevistadas describen la eSalud/eHealth con mayor especificidad respecto de las tecnologías y prácticas que involucra. Se trata de los siguientes términos: “Web de consultas”, “Google de la medicina”, “Plataformas virtuales”, “Foros”, “Blogs”, “Redes sociales”, “Médicos en línea”, “Telemedicina”, “Herramientas”, “Aplicación”, “Celular”, “*E-mail*” y “Datos”.

En cuanto al significado atribuido por las entrevistadas a estas palabras reaparece la asociación de la eSalud/eHealth con la disponibilidad y acceso a información en Internet. Sin embargo, al referirse a términos como “Web de consultas” las entrevistadas hacen referencia a sitios específicos (como Lactation, Cochrane y SciELO) y al referirse a “Plataformas virtuales” también (en este caso,

²⁹ Cuestión que comprende uno de los objetivos específicos de la investigación (ver *Capítulo 3*).

Zoom³⁰). Mencionan, entonces, sus propias prácticas, es decir, aquellas que desarrollan en el marco de su actividad profesional, tales como consultar una web especializada con información sobre cuestiones médicas o utilizar una plataforma de videoconferencias para cursos de formación profesional. Es decir, no se trata de la información disponible en Internet para pacientes o usuarios sino del uso que ellas mismas hacen de este recurso.

A su vez, entre las palabras con las que las entrevistadas describen los usos y prácticas específicas de la salud digital, a partir de las tecnologías implicadas, emerge la dimensión comunicacional. De esta forma, términos como “Foros”, “Blogs”, “Redes sociales”, “Médicos en línea” y “Telemedicina” suponen un intercambio y una interacción con otros, tanto colegas como pacientes. Aluden además a formas contemporáneas de comunicación que tensionan la diferenciación tradicional entre emisor-receptor e invitan a repensar la distinción analítica entre la perspectiva instrumental de la comunicación y la perspectiva procesual de la misma (Cuberli *et al.*, 2020; Lois, 2015; Waisbord, 2015). Este tipo de tecnologías y prácticas son vinculadas por las entrevistadas al futuro (más o menos próximo) y no tanto al presente de la atención en salud. Se trata de algo que las profesionales de la salud conocen, saben que existe e imaginan que se expandirá en el futuro:

Ahora se están empezando a hacer, por lo menos en el hospital, entrevistas médicas a través de cámara web, el nombre no me sale ahora... telemedicina! Me imagino una nueva área de la informática que involucre todo lo que sea con salud (35, Médica Tocoginecóloga, Centro de salud privado).

En cuanto a las “Herramientas” que las entrevistadas vinculan a la eSalud/eHealth se encuentran las Apps de salud, mencionadas también a partir de los términos “Aplicación” y “Celular”:

Aplicaciones o algo de eso, como fuentes de información o como formas de resolver cosas de salud, tener acceso a cosas de salud (35, Médica Tocoginecóloga, Centro de salud privado).

Finalmente, entre las palabras que integran este tipo de representación social se encuentra “Datos”. El significado atribuido a este término hace referencia a la posibilidad de que los pacientes accedan a información sobre salud disponible en

³⁰ Su uso se encontraba poco extendido en el momento en que fueron realizadas las entrevistas (previo a la pandemia de COVID-19). Por lo tanto, la entrevistada dedicó varios minutos a explicar su funcionamiento y describir la utilización de esta plataforma en el marco de su actividad profesional.

bases de datos. Al respecto, no se precisa la procedencia de tales datos ni cuestiones vinculadas a la protección de los mismos, temas que se abordan luego durante las entrevistas.

2. Representación social de tipo valorativo de la eSalud/eHealth

Este tipo de representación social reúne aquellas palabras a partir de las cuales las entrevistadas asumen una postura tanto favorable como desfavorable y expresan lo que les resulta beneficioso de la salud digital así como lo que rechazan de la misma. Se trata de palabras que, de acuerdo con los significados atribuidos por las entrevistadas, tienen un anclaje en las experiencias y prácticas que desarrollan en el marco de su trabajo como profesionales de la salud. Algunas de ellas se encuentran, a su vez, en el núcleo central de las representaciones sociales de la eSalud/eHealth. Tal es el caso de “Tecnología”, que las entrevistadas destacan con optimismo, y “Acceso” y “Control”, ambas utilizadas al asumir una postura crítica sobre los aspectos considerados desfavorables de la salud digital.

2.1 Representación social valorativo favorable de la eSalud/eHealth

Las palabras agrupadas en este tipo de representación social son: “Tecnología”, “Complemento”, “Interacción digital” y “Virtual”. La palabra “Tecnología”, que ocupa un lugar importante en el núcleo central de las representaciones sociales de la eSalud/eHealth, excede el carácter descriptivo que podría tener, por ejemplo, en el marco de la definición de la salud digital. En cambio, es utilizada por parte de las profesionales de la salud entrevistadas para referirse favorablemente a su incorporación en el campo de la salud e incluso para hablar de ellas mismas como “personas tecnológicas”:

Me gusta todo lo que tiene que ver con la tecnología y la educación y la docencia, creo que son medios maravillosos si son bien utilizados, no solo por gente seria sino que la gente los utilice seriamente (58, Médica Ginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Yo soy muy tecnológica, me encanta la tecnología, en todos los sentidos me gusta. Yo sé que no reemplaza a esto que estamos haciendo nosotras que es el contacto humano, claramente, no lo va a reemplazar nunca. Pero, me parece que hay recursos hoy en día, de desplazamientos, de tiempos, de necesidades que vamos teniendo porque el mundo va cambiando, va mutando, necesitamos conectarnos y podemos vernos y podemos charlar por plataformas virtuales (57, Médica Tocoginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Ambas entrevistadas destacan los beneficios de la “Tecnología” en el campo de la salud en el ámbito educativo, es decir, su uso en actividades de formación profesional (que lleva el nombre de teleeducación, *elearning* en inglés). En cambio, a partir de términos como “Interacción digital” o “virtual” aparecen los beneficios de las TIC para la comunicación con los pacientes (por ejemplo, para la recepción de estudios y su registro en la HCE):

Hoy por hoy casi todas las pacientes que vienen a mi consultorio me dicen ‘ahora doctora todo se hace vía online’. Me mandan los estudios por mail, entonces te dan los informes, las ecografías, todo se lo mandan por vía online. Y bueno, uno realmente eso lo puede usufructuar a su favor (57 años, Médica Tocoginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Por último, aparece una idea, que luego reaparece a lo largo de las entrevistas, que alude a la complementariedad de la salud digital respecto de modalidades tradicionales de atención de la salud. Esta se basa en la comparación entre presencialidad-virtualidad como par contrapuesto que se complementa:

Creo que es un buen recurso, sobre todo para entrevistas donde uno evalúa cuestiones que tienen que ver con el historial del paciente, o de la persona consultante, que no anulan en absoluto la entrevista personal, es un complemento (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

Asimismo, se vislumbra la tensión entre la salud digital, con modalidades nuevas de atención como la teleasistencia, y la medicina tradicional. Esta tensión se desarrolla a lo largo de las entrevistas y se profundiza en el análisis presentado en la siguiente sección del capítulo.

2.2 Representación social valorativo desfavorable de la eSalud/eHealth

Este tipo de representación social comprende las palabras: “Acceso”, “Control”, “Falta de control”, “Desinformación”, “Sobre Información”, “Monitoreo” y “Evaluación”. Todas ellas son mencionadas por las entrevistadas al asumir una postura crítica frente a la incorporación de las TIC en salud.

Por un lado, se destacan aspectos desfavorables de la salud digital al indicar los peligros de la disponibilidad de información sobre salud *online* y el acceso por parte de los pacientes o usuarios:

[...] cuando las pacientes vienen y te dicen ‘yo leí en Internet’ cosa que es muy común ‘yo leí en Internet’ y por ahí son cosas voladas, estudios de investigación, es una sobre información que muchas veces obliga hasta al médico a tomar alguna conducta que no hubiera tomado. Esto es la medicina judicialmente preventiva, no preventiva. Terminan pidiendo

estudios o haciendo cosas que no hubieran hecho (64, Médica Tocoginecóloga, consultorio privado/ Hospital Público).

Por otro lado, las entrevistadas advierten desde una postura crítica la desregulación de las prácticas de salud digital, que observan con preocupación. En este caso, no se trata de las desventajas propias de la incorporación de las TIC en el campo de la salud y los daños que podría ocasionar (como sucede con el acceso a información *online*), sino que señalan la “Falta de control”, “Monitoreo” y “Evaluación”. Es decir, la intervención de factores o actores “externos” que podrían regular la salud digital:

Mueve mucho dinero todo esto, entonces, me parece que tiene que ser monitoreado para que en realidad se sostenga. Monitoreo y evaluación como una misma cosa. En el monitoreo estás justamente evaluando la calidad del servicio que se presta, los contenidos (58, Médica Ginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Esta falta de regulación a la que aluden las entrevistadas genera malestar e incertidumbre en relación con la salud digital. La idea que subyace, que por momentos se presenta como sospecha o desconfianza, es que a partir de las estrategias de incorporación de las TIC en salud se promueve un proceso mercantilización de la misma. Esto va en detrimento tanto de la calidad de la atención y el acceso en término de derechos, como de las condiciones laborales y médico-legales de los profesionales de la salud. Esta cuestión también es retomada en el análisis que se presenta en la siguiente sección del capítulo.

Las ideas que introducen (y los temas que omiten) las representaciones sociales de la eSalud/eHealth

A partir del análisis de las representaciones sociales de la eSalud/eHealth se configuran dos tipos de representación cuya orientación es descriptiva, por un lado, y valorativa, por otro. Esto coincide con los hallazgos de una investigación realizada en el AMBA sobre las representaciones sociales de eHealth de médicos de las especialidades Clínica, General y Familiar (Petracci, 2021; Petracci y Cuberli, 2021; Petracci y Elicabe, 2021). La construcción de tipos de representación social tiene como objetivo volver inteligibles las ideas e imágenes asociadas a la salud digital a partir de una abundante producción de palabras. Se trata, por lo tanto, de una tipología analítica que no propone la existencia de tipos excluyentes entre sí. Sus

límites, en cambio, son difusos, de modo que las mismas entrevistadas asocian, en algunos casos, palabras correspondientes a más de un tipo de representación social (por ejemplo, términos descriptivos tanto generales como específicos).

Algunas de las ideas, imágenes y sentidos que emergen a partir de las representaciones sociales de la *eSalud/eHealth* reaparecen luego durante las entrevistas (sea porque estaban incluidas en la guía de pautas o porque las entrevistadas vuelven sobre los mismos temas). Tal es el caso de la complementariedad, por momentos conflictiva, a partir de la cual las entrevistadas piensan la contraposición entre presencialidad y virtualidad de la atención médica; la asociación entre salud digital y mercantilización de la salud; y la importancia atribuida a la información sobre salud disponible *online*. Estas cuestiones se retoman en el análisis presentado en la próxima sección de este capítulo en función de los cambios que introducen en la RMP y de sus especificidades en el campo de la salud y los derechos sexuales.

Por el contrario, hay cuestiones que adquieren relevancia a lo largo de las entrevistas y sin embargo no aparecen entre las representaciones sociales de la *eSalud/eHealth*. En este sentido, ninguna entrevistada menciona la HCE entre las palabras asociadas, no solo en lo que hace al núcleo central si no al total de las palabras mencionadas. Resulta llamativo porque se trata de un tipo de práctica ampliamente extendida entre las entrevistadas (lo cual se constata a lo largo de las entrevistas). De hecho, al explicar qué significan algunas de las palabras mencionadas hacen referencia al uso de esta herramienta. A pesar de que las entrevistadas conocen y usan la HCE, no la asocian espontáneamente con la *eSalud/eHealth* ya que esta les remite a ideas un poco más alejadas de su día a día como profesionales de la salud. Por último, las representaciones sociales de la *eSalud/eHealth* de las entrevistadas refieren a la salud en un sentido amplio, es decir, no hacen énfasis en cuestiones relacionadas exclusivamente con la salud y los derechos sexuales. A continuación, para el análisis de los cambios que introducen las TIC en el campo de la salud sexual y sus efectos sobre la RMP, se retoman estos y otros ejes temáticos.

4.2 Opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre los cambios ocasionados por la incorporación de las TIC en el campo de la salud sexual

En esta sección se presenta el análisis de las opiniones y percepciones de profesionales de la salud sobre los cambios ocasionados en la RMP a partir de la incorporación de las TIC en el campo de la salud y los derechos sexuales. Se trata de un análisis temático (Boyatzis, 1998) que retoma los ejes incluidos en la guía de pautas (ver *Anexo I*) y los introducidos por las profesionales de la salud entrevistadas (temas emergentes). Tal como plantea Kornblit (2007), el análisis temático e interpretativo:

[...] lleva a dotar de significados las inferencias acerca de las regularidades observadas, teniendo en cuenta las interpretaciones que los propios entrevistados hacen de sus vidas y la articulación con los contextos sociales e históricos en los que ellas se desenvuelven y con los marcos teóricos de los que se parte (p. 14).

El análisis permite advertir la centralidad que atribuyen las profesionales de la salud al cuidado y la escucha en la atención de la salud sexual y las dimensiones sensoriales involucradas en ella (la utilización de sentidos como el tacto y la vista para el diagnóstico médico). Asimismo, permite observar las especificidades de la salud digital en el campo de la salud y los derechos sexuales, la tensión que tiene lugar en torno a las categorías de autonomía y empoderamiento en relación con los diferentes modelos de atención y RMP, y las desigualdades, entre ellas de género, en el uso y apropiación de las TIC. El análisis de estos ejes temáticos se organiza en dos apartados: *La escucha y el cuidado en la atención de la salud sexual* y *Los derechos sexuales y el clima de época*. Ambos son desarrollados a continuación.

“Las pacientes”: el sujeto de las intervenciones de atención de la salud sexual

Una primera consideración, antes de comenzar la presentación del análisis de los ejes temáticos, se refiere al sujeto de la intervención en la atención de la salud sexual que se configura a partir del relato de las profesionales de la salud entrevistadas. En sus respuestas se advierte la feminización del campo de la salud y los derechos sexuales, no solo en términos laborales y profesionales a partir de la predominancia femenina, desarrollada al describir la conformación de la muestra (en

el *Capítulo 3*), sino también en la configuración de un tipo de paciente específico: “las pacientes”.

En las respuestas de las entrevistadas predomina el uso del término en femenino para hablar sobre sus pacientes. Incluso, algunas profesionales de la salud se refieren a “las pibas” al enmarcar la atención de la salud sexual en un proceso de ampliación de derechos más general (“las pibas” son las que exigen el cumplimiento de la ley de ILE, el acceso a métodos anticonceptivos, etc.). Las entrevistadas también dicen “el paciente” o “los pacientes”, en general, para hablar de la medicina en un sentido amplio (al mencionar cuestiones vinculadas a la RMP y los modelos de atención de la salud). Sin embargo, cuando se trasladan al ámbito de su experiencia como profesionales del campo de la salud sexual, cuando narran situaciones concretas de atención, conversaciones y ejemplos de su práctica para sostener una postura u opinión, suelen utilizar el femenino.

Lo que se presupone sobre “las pacientes”, de acuerdo con el discurso de las entrevistadas, es que se trata de mujeres, cis, heterosexuales, en general jóvenes y en edad reproductiva. La diversidad suele atribuirse, por parte de las profesionales de la salud, a variables socioeconómicas de la población (principalmente en relación a aquella que atiende su salud en el subsector público). A su vez, algunas entrevistadas advierten la preponderancia de “las pacientes” como sujeto hegemónico de la intervención en salud sexual y reflexionan al respecto. Entonces, aparecen lxs otrxs pacientes en un esfuerzo por visibilizar la diversidad en sus intervenciones. Aluden, en ese caso, a la importancia de que las mujeres lesbianas se hagan el Pap, las mujeres mayores se animen a consultar temas vinculados a su sexualidad, los varones adolescentes asistan a los centros de salud y participen activamente en el cuidado de su salud (en materia de anticoncepción y prevención de ITS) o a las barreras que enfrenta la población trans en el acceso a la salud. Todos esos otros sujetos aparecen como un desafío, como lo que falta o lo que habría que tener en cuenta para hacer más inclusiva la atención de la salud sexual y ampliar el acceso en términos de derechos:

Hablamos de mujeres, no de varones, pero para mí es inclusivo con el varón porque si no queda siempre relegado. [...] Como para poder mejorar la llegada de la información a toda la comunidad, a la gente, a la población, a las mujeres, acá abarco a toda la población femenina, ¿no?. Femenina o el

transgénero también, una población que va creciendo, va saliendo. Todavía hay pocos hospitales que están en esto. Y bueno, va a tener que ser, empezar a trabajarse sobre estadísticas de salud al respecto. Porque es una población que está en riesgo por muchas cosas [...] es decir, hay mucho por trabajar ahí me parece (57, Médica Tocoginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

A los profesionales también me da la impresión de que nos cuesta verlo fuera de la patología, por lo general, siempre que abordamos la sexualidad es en el marco de alguna patología. Me parece que ahí también hay un montón para deconstruir. Cuesta un montón todavía pensar cómo abordar en las personas que, o sea, toda nuestra formación y el sistema de salud está pensado básicamente para las personas que son heterosexuales y cisgénero, ahí hay un montón para deconstruir. Lo que sucede es que muchas veces se asume la heterosexualidad, se asumen un montón de cosas, y eso hace que las personas se sientan asumidas por situaciones e identidades. Es todavía difícil (38, Médica Generalista, Hospital Público).

Si bien esta cuestión es tematizada por algunas de las entrevistadas no predomina en sus respuestas un cuestionamiento al sujeto “las pacientes” como aquel al que se dirige la atención de la salud sexual en su práctica profesional. Su uso entremezclado, por momentos, con el término en masculino da cuenta de ello. De esta forma, el análisis presentado a continuación reproduce la alternancia entre el femenino y el masculino para referirse a los y las pacientes de la forma en que lo hacen las profesionales de la salud entrevistadas y reconstruir su discurso.

La escucha y el cuidado en la atención de la salud sexual

Las profesionales de la salud entrevistadas destacan la escucha y el cuidado como características que definen la atención de la salud sexual y la RMP, al describir y posicionarse sobre los cambios que introduce la salud digital. Frente a estos cambios, en particular el acceso a información *online* y la teleasistencia, adquiere relevancia aquello que consideran “esencial” en la RMP y que, por lo tanto, no debería cambiar ya que la define como tal. Detallan, entonces, lo que consideran una buena RMP y una buena atención de la salud así como las dificultades y retos que enfrentan en la práctica, algunos de ellos (aunque no todos) vinculados a la incorporación de la TIC.

A continuación, la descripción y el análisis de los argumentos de las entrevistadas sobre la escucha y el cuidado en la atención de la salud sexual se organiza en tres subapartados. El primero, se centra en la disponibilidad de

información *online* sobre salud y derechos sexuales, el acceso por parte de las pacientes, el lugar que ocupa en la consulta presencial y su influencia en la RMP. El segundo, desarrolla la contraposición que plantean las profesionales de la salud entre el carácter artesanal y personalizado de la práctica médica y lo estandarizado e impersonal de la tecnología. El tercero, presenta la importancia que las entrevistadas atribuyen al vínculo en la RMP y el valor de la confianza.

El acceso a información sobre salud y derechos sexuales online

Las profesionales de la salud entrevistadas indican que el acceso a información sobre salud *online* es una práctica muy extendida entre sus pacientes. La información, ya sea sobre síntomas, diagnósticos y tratamientos o sobre derechos sexuales, ingresa en las consultas presenciales a partir de lo que los pacientes mencionan a las profesionales de la salud. En respuesta, desarrollan diferentes estrategias que van desde el rechazo absoluto hasta la aceptación de esta práctica y su incorporación en la consulta pasando, por supuesto, por las posiciones intermedias. En este sentido, reconocen tanto los beneficios como las dificultades que implica el acceso por parte de los pacientes a información *online* sobre salud y derechos sexuales.

En general, cuando las entrevistadas plantean un rechazo explícito de esta práctica lo hacen a través de las palabras de otros colegas a los que, a diferencia de ellas, les molesta que los pacientes busquen información:

Imagino que hay médicos a los que eso les debe chocar porque están muy acostumbrados a ese modelo hegemónico del médico que tiene siempre la razón y le dice al paciente lo que tiene que hacer, y que esa [que el paciente haya buscado en Internet] ya no se la bancan (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

De esta forma, se establece una diferencia entre los profesionales de la salud que conciben la atención desde un enfoque biomédico y aquellos que lo hacen desde uno integral –que incorpora aspectos biopsicosociales– (posición en la que suelen ubicarse las entrevistadas). Atribuyen esta diferencia a la formación propia de las diferentes especialidades (médicas y de otras profesiones) involucradas en los procesos de cuidado y atención de la salud. Indican que los primeros, los médicos tradicionales, son quienes ven amenazado su lugar de saber-poder cuando los pacientes acceden a información *online*:

Creo que hay algunas especialidades que son más hegemónicas, sobre todo las que son más quirúrgicas y las que se centran más en los hospitales, y hay otras especialidades que son más flexibles y que se prestan un poco a poder generar otros vínculos, en relación sobre todo a la información y a los derechos. [...] Hay algo también que quizás tenga que ver, o sea yo soy médica generalista, y la medicina general empezó a problematizar un poco todo esto, pero bueno, somos pocos dentro de la profesión y no tenemos todavía mucha injerencia (38, Médica Generalista, Hospital Público).

Entiendo que quizás en los profesionales médicos afecta más porque siempre los escucho quejarse, que dicen 'lo leyó en Internet' o porque 'vienen con tal información o te dicen que tal medicación te va...' o que les vienen con preguntas respecto de la enfermedad, sobre los efectos, o que les corrigen durante la consulta, todo eso a mí no me pasa. A mí no me pasa en general porque es otro tipo de vínculo (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC).

En la misma línea, una de las entrevistadas señala las diferencias entre la formación médica y la obstétrica (Licenciatura en Obstetricia), tanto en el enfoque de la salud como en la forma de concebir la atención y la RMP:

Lo que tiene mi carrera, separada de lo que es médico, yo soy Licenciada en Obstetricia, es que es muy distinta la relación que tenemos con la paciente, desde la carrera ya nosotros tenemos muchas materias relacionadas con la psicología [...] Más desde que cambió el programa en el 2013, le fueron dando mucha más importancia a eso, a tener muchas más materias relacionadas con la salud y la psicología de la mujer (26, Residente de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

A su vez, hay entrevistadas que consideran que el acceso a información *online* es algo que excede sus incumbencias como profesionales de la salud. Es decir, se posicionan en contra a partir de sus propias experiencias y no de la de otros colegas. Entienden que su función es brindar la información necesaria durante la consulta presencial y, en todo caso, corregir la información que pueda mencionar alguna paciente (si esta es errónea). Dichas profesionales de la salud desalientan esta práctica entre sus pacientes, les hacen saber que prefieren que no busquen ni mencionen en el encuentro con ellas información proveniente de Internet:

Dr Google lo usan todas, así vienen los problemas después también, porque la información de Internet no es buena, está muy sesgada. Yo creo que detrás de la información que circula hay dinero. No le creo a Dr. Google [risas]. 'Dr. Google no está matriculado', les digo, esa es mi respuesta (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

A mí no me interesa si leyeron algo porque no creo en nada de lo que buscan, la verdad no creo nada, porque no buscan en páginas médicas buscan cualquier cosa, yo no le doy ningún valor [...] por mí que hagan lo que quieran, que busquen lo que quieran pero uno se maneja dentro de los

protocolos médicos (58, Médica Ginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Otras profesionales de la salud tienen una postura ambivalente sobre esta práctica: prefieren alertar a sus pacientes sobre los riesgos de buscar en Internet y recomendarles precaución, sobre todo cuando se trata de alguna situación de salud que lo requiera especialmente, antes que rechazar por completo la posibilidad de que busquen.

En general, cuando hay algo que yo sé que es conflictivo si leen en Internet les digo 'ni abras en Internet, te vas a encontrar todas porquerías, no es tu situación'. Pero no es tan fácil (64, Médica Tocoginecóloga, consultorio privado/ Hospital Público).

Si son temas de cosas normales, de dudas habituales del embarazo, quizás sí te puedo recomendar. Si hay un problema puntual es preferible que sea en este contexto [el consultorio] y no en una página (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

Algunas entrevistadas, en cambio, adaptan el encuentro en función de aquello que las personas “llevan” a la consulta, aceptan y escuchan lo que tienen para decir. De esta forma, asumen esta práctica como parte del proceso de atención de la salud y buscan darle lugar dentro de la consulta presencial. Para ello, utilizan con sus pacientes recursos digitales que consideran confiables (disponibles en redes sociales, Youtube, páginas web de sociedades científicas o del Ministerio de Salud de la Nación):

[...] me parece que está bueno que los médicos conozcamos y sepamos que existen éstas páginas, blogs, foros, lo que sea, y que podamos orientar 'bueno fijate acá que la información que hay acá es bastante fidedigna y está bajada a un nivel de comprensión que para vos va a estar bueno si querés informarte, o si no contame de dónde lo estás leyendo y te digo qué opino yo como profesional', pero como el orientar un poco también en la interpretación y en la búsqueda de la información por parte del otro (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

Independientemente de la posición que asuman sobre el acceso a información *online* prima la idea de que la consulta presencial es el momento adecuado para brindar información a los pacientes. La misma es lo suficientemente personalizada y posibilita el intercambio para aclarar las dudas y temores que pueden surgir:

La paciente quiere que la escuches y que le expliques. En general las pacientes consultan más por la angustia que por otra cosa (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

En general intento tranquilizar, porque la mayoría de las veces es un nervio injustificado [el de las pacientes]. Y la mayoría de las veces se quedan súper tranquilas, como 'ah bueno, listo'. Pero es más ese lado de tranquilizar (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

Frente al temor o la angustia que puede producir la información disponible *online*, las profesionales de la salud destacan la importancia de “traducir” la información a partir de su saber médico. Es decir, hay un reconocimiento de su parte de que algo de la información sobre salud a la que puede acceder cualquier persona pertenece al dominio médico y es, por lo tanto, inaprensible si no media una traducción o decodificación:

[...] en general la respuesta es pánico, '¿puedo ir a verte?', como para traducir un poco lo que leyeron solas por su cuenta. Porque a parte en Internet uno siempre busca y aparece todo lo catastrófico. [...] Es decodificar un poco lo que leen y darle el sentido en el contexto de ella como paciente, con toda su historia (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

La interpretación de la información se vuelve fundamental para comprender aquello que la misma indica en el contexto específico de cada paciente (su historia clínica y su contexto socioeconómico). Además, es lo que diferencia a los profesionales de la salud. Tal como indican algunas entrevistadas, su saber radica en disponer de los conocimientos necesarios para hacer una interpretación adecuada de aquella información a la que, *a priori*, cualquiera tendría acceso (más aún con Internet). Mientras que Google “te tira todo sin filtro” el saber médico (de los y las profesionales de la salud) se ajusta a cada paciente:

Y hoy en día es un teclado y una computadora y la información está a la mano de cualquier persona. Obviamente que la riqueza del experto o del que sabe qué sirve y qué no sirve, o cómo interpretar y cómo no interpretar la información que encontrás, es lo que te hace que tu práctica sea buena o no tanto como profesional (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

Se privilegia así no solo la consulta presencial como el momento adecuado para darle información a los pacientes sobre su salud, sino también, el lugar de los médicos como quienes deben hacerlo. De esta forma se legitima su lugar de saber-poder y se justifican sus intervenciones en la atención de la salud. Delegar el acceso a información en Internet es visto, por algunas entrevistadas, como una falta de

responsabilidad de su parte, un correrse del lugar que les corresponde ocupar en su relación con las pacientes:

Para la paciente a veces es difícil discernir qué sirve o qué no, por eso creo que no reemplazaría a la consulta, ¡a parte me quedaría sin trabajo! [...] Además siento como que no queda muy bien que yo le diga a la paciente 'bueno, busca en Internet' lo tendría que saber yo y poder explicarle y sacarle las dudas (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

En este sentido, una de las entrevistadas considera que mientras el contenido de la información podría democratizarse, la gestión de la misma no, es patrimonio médico. A su vez, es la única entrevistada que, de forma explícita, indica que la asimetría en la RMP es no solo inevitable sino deseable. Siguiendo su planteo el lugar del médico se desvirtúa cuando se borra el límite entre el acceso a información y la gestión de la misma:

Hay también cierto desprestigio sobre el profesional de la salud, cierta descalificación que recae sobre el médico. Hay un gap entre la información y la gestión de la información, al contenido se puede acceder en Internet pero la gestión de la información siempre debe estar guiada por el médico (45, Médica Tocoginecóloga, Centro de salud privado).

El acceso a información *online* sobre salud y derechos sexuales tiene lugar, a su vez, en lo que las profesionales entrevistadas caracterizan como un momento de cambio al interior del campo de la salud. El mismo involucra tanto a profesionales de la salud como a pacientes y tiene, por supuesto, efectos sobre la RMP. En ese sentido, existe la idea de que las relaciones dentro del sistema de salud están cambiando al modificarse la forma de concebir dichas relaciones:

Antes había una relación más asimétrica entre la persona que te atiende, o sea el profesional, y la persona que se atiende. Como que vos tenías, o los médicos, todo el poder y no se les cuestionaba, digamos. Ahora como hay acceso a Internet y a determinada información, muchas veces errónea, pero sí digamos, eso cambió la relación de atención (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC).

En esta línea se inscribe el planteo, desarrollado en el *Capítulo 1*, de que el acceso a información sobre salud *online* produce cambios en la RMP a partir de la configuración de un nuevo modelo de paciente, más informado y activo en el cuidado de su salud (Nwosu y Cox, 2000; Petracci *et al.*, 2017; Tan y Goonawardene, 2017). Respecto de esta idea las opiniones de las entrevistadas son diversas y se sustentan sobre diferentes motivos. Algunas mantienen una

postura crítica, entre ellas, una de las entrevistadas plantea en contraposición a esta idea:

[...] existe un nuevo modelo de paciente desinformado, desorientado y a la defensiva, desconfiado. No me pasa a mí, porque a mí cuando vienen y me plantean 'che leí esto y vengo a verte porque me pasa tal cosa' rompo enseguida en el momento. Pero sé que pasa, que vienen con toda la data y se ponen demandantes (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

Otras, por el contrario, se posicionan a favor de este tipo de cambios en el campo de la salud. Sin embargo, una de las médicas entrevistadas identifica, en este sentido, resistencias por parte “los médicos” –en un sentido tradicional, vinculado al enfoque biomédico y al MMH– frente a estos cambios:

Hay algo que pasa con la medicina, sobre todo con los médicos y las médicas, que son poseedores de un saber que eso les da un poder, o nos da un poder, y que creo que hay un montón de resistencias ahí en el modelo de atención, en el modelo de salud que genera todavía hay mucha resistencia en esto de brindar información. Y que tiene que ver con esto de concentrar un saber que va a ser difícil... Quién posee el poder es lo que está en juego (38, Médica Generalista, Hospital Público).

La incorporación de las TIC tiene lugar en un escenario de cambios en el campo de la salud en el que se configuran nuevos modelos de atención y de RMP que, en línea con el planteo de Petracci *et al.* (2017), conviven entre sí no exentos de conflicto. En el marco de lo que algunas profesionales caracterizan como un “cambio de paradigma” la atención de la salud se reorienta en función del paciente y la comunicación y la escucha adquieren un lugar central:

Ha cambiado muchísimo la práctica y se escucha mucho más lo que los pacientes necesitan, por lo menos en la obstetricia, no sé en otras especialidades, supongo que debe ser un poco en todas (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

Este “cambio de paradigma” según algunas entrevistas trasciende o excede la incorporación de las TIC en salud:

Un cambio grande como en toda la salud, de pasar a que el cuerpo no sea... o sea el MMH, que no sea solo ver el cuerpo y ver el órgano y qué es lo que le pasa sino interpretar toda la situación [...] tratamos de ahondar más en qué la rodea a la mujer, en todo. [...] como que siento que el cambio es nuestro más que relacionado con otra cosa. Lo siento más como que es un cambio que tenemos que hacer las personas más que relacionado con la tecnología, si no hubiera tecnología se podría hacer igual (26, Residente de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

En este contexto, sin embargo, se reconoce que las TIC tienen una impronta propia, producen transformaciones en el campo de la salud y su incorporación constituye un “punto de inflexión” según las entrevistadas:

La aparición y la introducción de la tecnología es un punto de inflexión importante, esto de que, no sé cuántos años tiene WA, el WA ha sido para mí un cambio muy importante. ¿Por qué? porque primero es un generador de ansiedad extrema, segundo la gente no tolera que no le conteste en el minuto, te mandan fotos, no sé, se desvirtuó completamente lo que es el acto médico con el WA (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

En su discurso, las profesionales de la salud trazan una línea divisoria entre un antes (en ocasiones idealizado) y un después (aún incierto) de la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual. Consideran que se trata de un proceso en marcha que es irreversible independientemente de la posición que tengan al respecto y la actitud que asuman en consecuencia:

Son imparables, pensarlo en términos de positivo o negativo me parece que no suma. Es lo que es, forma parte de la evolución. Para hacer de eso algo positivo hay que manejar la información de forma que sea un win-win entre el paciente y el médico (45, Médica Tocoginecóloga, Centro de salud privado).

En este sentido, algunas entrevistadas señalan que frente a lo inevitable del cambio lo es mejor es adaptarse y apropiarse de las tecnologías en función de sus intereses:

Yo creo que tenemos que amigarnos, lo mismo con las tecnologías en la docencia y cuando uno enseña, hay que encontrarle la parte beneficiosa, y hacer buen uso de los recursos que son un montón y están buenísimos, es cuestión de ser vivos y usarlos a nuestro favor (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

La estandarización de la tecnología frente a lo artesanal de la práctica médica

Al comparar el registro de la Historia Clínica en papel con su registro electrónico (la HCE) las profesionales de la salud aluden a la contraposición, que se extiende a otras prácticas de salud digital, entre la tecnología como aquello que responde a lo estandarizado y la medicina como una práctica artesanal (en tanto es personalizada a la medida de cada paciente y su situación). En esta contraposición, lo que podría ganarse en organización y agilización al interior de los sistemas de salud con la incorporación de la HCE, tiene como contrapartida para las

entrevistadas la pérdida del contacto cara a cara con las pacientes. La pantalla se interpone, según ellas, en ese contacto:

No me gusta [la HCE] pero tuve que claudicar, no me gusta por dos cosas. Primero, porque no puedo mirar a la mujer mientras estoy escribiendo, me quita atención porque yo no tengo expertise ni pericia para escribir y mirarte, entonces, me quita ese tiempo de la mirada. Y segundo, porque no pertenezco a esa generación (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

Ahora la nueva tecnología que tenemos en el Hospital es la HCE y está buena, pero te desconecta más de la paciente. Porque estás viendo cómo funciona la computadora, que no entendés, que se cae el sistema, y estás mirando la pantalla en vez de mirar a la paciente. Entonces, siento que en ese sentido te aleja más de la paciente (26, Residente de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

Esta contraposición entre lo artesanal de la práctica médica versus lo estandarizado de la tecnología reaparece en relación con otras prácticas de salud digital. Esto es, cuando las entrevistadas contraponen lo que ellas pueden ofrecer, como profesionales de la salud, a lo que ofrece Internet y/o las TIC. En este punto, vuelve a aparecer en el discurso de las entrevistadas la importancia de escuchar y transmitir tranquilidad como un elemento central de la atención de la salud que, según ellas, Internet no podría equiparar:

Es como artesanal, es ver qué tipo de paciente es. No todas las pacientes son iguales, no a todas las pacientes las puedes tratar igual y eso es importante. Hay pacientes que realmente tienen angustias o problemas psicológicos o psiquiátricos, o pacientes más desapegadas, y tu actitud tiene que cambiar con cada paciente para poder llegarle. Y eso medio que lo vas viendo. También muchas cosas que da la experiencia, que no es lo mismo una cosa en una paciente que en otra. [...] me parece que eso también se escapa un poco a lo que es Internet o las tecnologías y que uno en la consulta las súper tiene en cuenta, o deberíamos al menos (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Entonces, no es solo la experiencia profesional y el saber biomédico (el conocimiento técnico) del profesional de la salud lo que hace a una buena atención. Las entrevistadas destacan las capacidades personales (la empatía, la calidez y la capacidad de escucha, entre otras) como aquello que marca la diferencia en relación con lo que ellas como profesionales de la salud pueden ofrecer. Las entrevistadas aluden de esta forma a lo que consideran irremplazable en la atención de la salud, lo que la define como tal, para dar cuenta de aquello de lo que, en contraposición, la tecnología carece:

Si vos vas consultas al médico también es para que el médico te atienda, te explique, creo que también tiene un montón de cosas artesanales que Internet no puede brindar, y eso también de la ansiedad y la angustia de las pacientes que ningún medio de tecnología te lo va a resolver, no te lo va a dar [...] eso es lo que cambia, lo que nosotros le podemos dar diferente al paciente, y acompañarlo, aconsejarlo y ayudarlo. Son un montón de cosas que me parece que la tecnología no le puede dar (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Los médicos, nuestro principal eje de atención es el arte de curar, se pierde el arte de curar [con las TIC]. El arte de curar es aprender a usar tus cinco sentidos para hacer el diagnóstico, además de lo que aprendiste en la carrera, de lo académico, lo más importante en el diagnóstico médico es el bluetooth si querés llamarlo tecnológicamente, prendiste el bluetooth, ¿transferencia de datos hubo?, bárbaro, lo demás es todo complemento. [...] Ese es el arte médico, es el médico viejo que te mira y te dice 'vos tenés tal cosa', viste que la gente dice 'fui a ver a tal, me sacó la ficha'. Es así. Esto [la tecnología] no te lo da (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

Si bien las profesionales de la salud entrevistadas responden consultas de pacientes vía WA o *e-mail*, como una forma (a veces inevitable) de complementar la atención presencial, no reconocen esa práctica como teleasistencia. No la nombran con este término a pesar de estar incluida dentro de la categoría de teleasistencia si tomamos, por ejemplo, la definición que brinda el MSAL. Éste, en el marco del Plan Nacional de Telesalud, define la teleasistencia como el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de problemáticas vinculadas a la salud mediante la utilización de TIC, ya sea a través de comunicación sincrónica o asincrónica y a partir del uso de distintos medios de comunicación (plataformas de telesalud, teléfono fijo/móvil, *e-mail*, redes sociales, etc.). Sin embargo, la teleasistencia les resulta ajena a las entrevistadas, se trata de algo nuevo sobre lo que han escuchado hablar pero no conocen en detalle:

Lo que sí había visto en un congreso, que me dieron un papelito de que podía dar prestación a una aplicación que hacen consultas, pero como a mí no me gusta mucho eso, prefiero el cara a cara no me... no sé cómo se llama (27, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Más allá de cuán familiarizadas estén con la teleasistencia y las prácticas que esta involucra, prevalece la idea que la presencialidad de los vínculos en la atención de la salud es irremplazable. Según las entrevistadas hay algo de la comunicación cara a cara en la dimensión gestual y corporal del lenguaje que no se replica en la

virtualidad. En este sentido, la presencialidad hace posible una comunicación más rica, que involucra todas sus dimensiones:

La entrevista personal, vivencial, es irremplazable porque tiene un contenido, todos sabemos que los humanos somos más ricos en lenguaje gestual que hablado, entonces te estás perdiendo todo lo que tiene que ver con la expresividad del cuerpo (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

A su vez, las entrevistadas señalan que la telemedicina anula el uso de los sentidos en la atención de la salud, en detrimento de la misma. Consideran que la virtualidad pone en cuestión las dimensiones sensoriales involucradas en los procesos de cuidado y atención de la salud. En contraposición, Lupton y Maslen (2017) plantean que la telemedicina no prescinde del uso de los sentidos para el diagnóstico y la atención de la salud, sino que el mismo se reconfigura. Esto requiere el desarrollo de habilidades por parte tanto profesionales de la salud como de pacientes, que deben aprender a utilizar sus sentidos en el marco de nuevas formas de comunicación en las que la palabra adquiere un rol central. A su vez, habilita la pregunta por el tipo de comunicación virtual en la que piensan las entrevistadas cuando reflexionan sobre la teleasistencia, ya que sus limitaciones varían en función del medio de comunicación que se utilice. No es lo mismo comunicarse por *e-mail*, por WA, por teléfono o por videollamada. La última, por ejemplo, incluye las dimensiones corporales o gestuales de la comunicación, a la que aluden las entrevistadas, ya que se pueden apreciar a través de la imagen.

No sucede lo mismo con otras limitaciones que presenta la teleasistencia, que no se suplen con ningún medio de comunicación, como la imposibilidad de tocar a la otra persona, fundamental según las entrevistadas para la atención de la salud. Tal como indican las profesionales de la salud se impone “ver” y “tocar” a los pacientes para hacer un diagnóstico certero. La presencialidad es indispensable en este punto en el que los sentidos, lo que se ve, se siente y se toca del cuerpo de los pacientes juega un rol central en el diagnóstico:

Porque el diagnóstico no se hace solo en base a ítems... hay otros factores que los ves, los sentís, los tocás. Yo si te toco la piel me voy a dar cuenta qué temperatura tenés, o si te veo pálida o no, todas esas cosas no te las da en general la tecnología, y a mí, será que soy modelo `61, soy vieja, me parece que hay cosas de la RMP que no se pueden reemplazar, hay otras cosas que sí, pero no en la etapa diagnóstica o de escuchar a los pacientes (58, Médica Ginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Esta idea es compartida por una de las profesionales de la salud, Lic. en Trabajo Social, cuyas actividades (las consultas que atiende y los talleres que coordina) exceden el diagnóstico clínico (el chequeo físico) y sobre las cuales destaca en otros momentos de la entrevista la importancia del enfoque integral (biopsicosocial) de la salud. Sin embargo, para ella hay algo irremplazable de la presencialidad para la atención de la salud que se relaciona con esta dimensión sensorial:

Hay cuestiones que tienen que ver con lo presencial que son fundamentales en cuestiones clínicas, que tienen que ver con revisar, con ver síntomas, con intercambiar con el paciente (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC).

La consulta presencial, sobre todo para quienes se desempeñan en el subsector público, es vista además como una oportunidad que hay que aprovechar. El momento en que una persona está en contacto con el sistema de salud, si se tienen en cuenta las barreras que existen para acceder al mismo, es una oportunidad para atender su consulta e inquietudes y desplegar acciones de prevención y promoción de la salud.

Yo veo estas Instagramer ginecólogas que andan hablando de la copa menstrual, del tema de los orgasmos, del tema de los anticonceptivos. Pero bueno, qué pasa, por ejemplo hay una que dice 'a ver hoy recibí tantas preguntas' y da varias respuestas [...] entonces ella le contesta 'bueno, sí, pero tenés que consultar a tu ginecóloga'. Ella no le da toda la devolución, porque si no imaginate que eso genera factor de riesgo porque vos estás perdiendo la consulta y una explicación (57, Médica Tocoginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Entre las entrevistadas prima el consenso sobre los riesgos que implica responder ciertas consultas que llegan a través de WA o e-mail. Ante la duda, la respuesta de las profesionales de la salud suele ser indicarles a los pacientes que se acerquen a la guardia o al consultorio (dependiendo del subsistema en el que se atiendan) independientemente de lo complicado que pueda ser asistir de manera presencial para algunos de ellos:

[...] el problema es que para mí es un riesgo contestar, mi respuesta en general es 'vení a la guardia, necesito que alguien te evalúe', o 'vení a verme a mí al consultorio'. Tipo, 'me duele la panza', pueden ser seis millones de cosas (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado)

En este sentido, una médica entrevistada se diferencia de sus colegas al destacar el contexto de atención como un elemento a tener en cuenta. Entiende que

los pacientes se comuniquen por WA o *e-mail* ante las dificultades que se les presentan para acceder a una atención rápida y oportuna de forma presencial. En este sentido, interpreta esto como una expresión de las limitaciones o deficiencias del sistema de salud (en particular, el subsector público) para responder a la demanda de los pacientes:

La sensación es que yo siempre trabajé en el ámbito de lo público entonces muchas veces ante dudas de su salud, y no es tan accesible ir a algún lugar como una guardia o algo que los atiendan más o menos rápido y descarten si es algo o no, hay como un exceso de demanda. Como 'tengo esto ¿qué puedo hacer?' y la verdad que por teléfono... tendría que verte, tocarte, hacer algo como para ver cuán grave es. [...] entiendo que tal vez es por la necesidad de responder como a un malestar, a una demanda, y ellos no encuentran una respuesta rápida a eso porque no es accesible (38, Médica Generalista, Hospital Público).

Además de las limitaciones de la teleasistencia, las profesionales de la salud destacan como algo desfavorable los cambios que introduce este tipo de atención en la RMP. Dichos cambios producen, a su vez, transformaciones en el lugar que ocupan los médicos en la relación, lo cual se vive con malestar por parte de algunas de las profesionales de la salud entrevistadas:

[...] de golpe pasa a ser '¿me decís si me toca hacerme el Pap?', 'No, o sea, esto era una conexión para resolver consultas pero no para que yo sea tu administrativa' (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

Produce fastidio en los médicos. Hay médicos que directamente ponen 'no hago consultas por WA'. O hay obstetras, por ejemplo, que no dan su celular y dan el de la partera, entonces la partera va filtrando todo eso, pero es por fastidio no es por... Porque los pacientes piensan que uno es el único que paciente que tiene, tenés mil pacientes y si a todos se les ocurre preguntar algo llega un momento que decís, bueno, trabajo o me pongo a contestar WA (58, Médica Ginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Entre las críticas a la teleasistencia las profesionales de la salud también señalan su desconfianza sobre la efectividad de la misma y sus sospechas sobre la mercantilización de la salud implicada en este tipo de prácticas:

Esto de la tecnología aplicada al sistema de salud tradicional creo que tiene una fuerte impronta de la cuestión médico legal. Y además me parece que se está dando un fenómeno particular, que yo lo estoy viendo en las redes sociales, que la gente utiliza el recurso de la consulta virtual como si fuera ir al supermercado, y se desvirtúa lo que representa la consulta, el acto médico (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

A su vez, se reconoce que ciertas modalidades de teleasistencia, como la comunicación por WA (muy extendida entre las entrevistadas), sobrepasan los límites que consideran necesarios no solo en la RMP y en la atención de la salud (su “encuadre” en la consulta presencial) sino en su propia actividad laboral (en cuanto a sus horarios de trabajo y responsabilidades):

El sistema se vuelve abusivo, las consultas no son remuneradas y se pierde un poco el foco, se vuelve difícil entender el límite, se vuelve necesario encuadrarse. Tuve que sacar la tilde azul del WA porque se angustian si no respondo³¹. [...] Hay un uso de las plataformas por el que si no cumplís con las expectativas de inmediatez que suponen el paciente lo exige y eso genera que el médico sienta un trato ingrato (45, Médica Tocoginecóloga, Centro de salud privado).

La incorporación de las TIC en el campo de la salud sexual despierta posiciones encontradas entre las profesionales de la salud entrevistadas. Prevalece, sin embargo, la valoración de la presencialidad y el quehacer médico en la atención de la salud por sobre lo estandarizado e impersonal de la tecnología. En esta línea, lo que está en juego para las entrevistadas es la importancia del vínculo en la RMP y el valor de la confianza, tal como se desarrolla a continuación.

La importancia del vínculo en la RMP y el valor de la confianza

El hecho de que los pacientes recurran a Internet para resolver cuestiones vinculadas al cuidado y atención de su salud es visto como un fracaso por parte de las profesionales de la salud entrevistadas. Si las pacientes buscan en Internet es porque no confían en ellas:

Si vos tenés una relación medio distante, que vos no le explicas nada, y ella ve en Internet que lo que tiene que hacer es así, así, y así, capaz que sí influye porque dice ‘ay mi obstetra es malísimo’. Pero si vos mantenés una buena relación y le vas informando, ‘mira, trata de no hacer tal cosa’, o le vas explicando todo lo que solicitas también, o por qué pedís o por qué no le haces, ella no tenga que recurrir a Internet para entender por qué lo va a hacer (27, Jefa de Residentes de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

En ese sentido, algunas profesionales de la salud entrevistadas consideran que la falta de confianza de las pacientes, que se expresa en su propensión a buscar en Internet información sobre salud y creer en lo que encuentran, afecta de manera negativa la RMP:

³¹ Cuando habla de la tilde azul se refiere a una opción que ofrece WA por la cual quien envía un mensaje puede saber si el receptor lo vio (independientemente de si le respondió).

Confían más en lo que leen en Internet que en lo que dice el médico. [...] quizás hay algunas que no van a venir porque leen en Internet 'esto es normal, o esto no es normal'. O que vienen porque piensan que lo que tienen es una catástrofe y en realidad es una pavada. Afecta la relación (27, Residente de Tocoginecología, Centro de salud privado).

Al contrario, si las pacientes confían en ellas como profesionales de la salud no buscan, desestiman aquello que contradice lo que se les indicó en la consulta o bien utilizan el momento de la misma para contrastar la información a la que accedieron *online*. De esta forma, le dan más valor a la información que les brinda la profesional de la salud, en quien confían, que a la que buscan *online*:

[...] si tienen confianza y tenés una buena relación con la persona que tenés enfrente creo que le dan mucha importancia a lo que vos les digas, más allá de lo que hayan leído (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

Incluso para aquellas profesionales de la salud que tienen una postura ambivalente, entre la aceptación y el rechazo a los cambios que introducen las TIC (en particular Internet), la confianza es aquello que estos cambios ponen en juego:

Los pacientes confían menos en la palabra del médico, googlean. Les indicas algo, leen el prospecto y te llaman a los dos minutos diciendo 'pero mirá que el prospecto dice esto'. Hay una actitud más desafiante todo el tiempo. [...] Creo que en los últimos años cambió eso, antes la palabra de una valía un poquito más, como la del docente, la palabra del docente era autorizada, ahora cuando habla el docente es nada (58, Médica Ginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

La confianza se configura como una pieza fundamental de lo que las profesionales de la salud consideran una buena RMP. Esta, a su vez, da lugar a una mejor atención de la salud. Por ejemplo, tal como indica una de las entrevistadas, tener una buena RMP (basada en la confianza) adquiere relevancia cuando ocurren situaciones inesperadas y se deben comunicar malas noticias:

Ante ciertas circunstancias cuesta mucho explicarles y es ahí donde la RMP tiene que ser buena, fluida. Porque si no tiende al choque y es muy difícil (27, Jefa de Residentes de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

Dado el valor que atribuyen a la confianza las entrevistadas apuestan a generar vínculos con sus pacientes que se basen en la misma, para lo cual es fundamental la escucha. A su vez, escuchar, según las entrevistadas, es requisito para ser escuchadas:

A mí me gusta ese momento de conversar y de poder hablar y sacarle todas las dudas, tenés que tener el tiempo y tenés que tener la paciencia, pero para mí es súper importante en el vínculo que generas con la paciente, y en

que la paciente después pueda venir y tenga ganas de volver a otra consulta (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Entre las dificultades que existen en la práctica para escuchar a las pacientes el principal problema que indican las profesionales de la salud es la escasez de tiempo durante las consultas presenciales. Esta es una constante entre las entrevistadas, tanto aquellas que se desempeñan en el subsector público como las que lo hacen en el privado (de la seguridad social/ obras sociales) señalan que el tiempo que fija para la consulta la institución en la que trabajan es insuficiente. Tal como indican, esta falta de tiempo no les permite generar el vínculo que quisieran con las pacientes:

Es parte de cómo está organizado y es parte de que hay más pacientes y menos horarios. Y es el horario de consulta que te da el lugar en donde trabajás, muchos te dicen 'bueno, tenés 15 minutos por paciente' y la turnera es cada 15 minutos, entonces, o se te acumulan todos o los sacas así (27, Residente de Tocoginecología, Centro de salud privado).

Nos ponen turnos seguidos. Es como que por lo que yo veo del sistema ahora quieren que seamos más eficientes y más... en poco tiempo. Que no se puede, porque una consulta médica por lo menos media hora la necesitas, más ginecológica. Y en quince minutos ¿cuánto puedo saber de la paciente? nada. Hay veces que sí, si me venís a traer estudios sí, porque es mirar los estudios y ya está. Pero si tengo que mirarte, pedirte estudios y todo es más tiempo. Y más si es la primera vez, no se puede. Encima quedan pacientes esperando afuera y todo (27, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

La consulta presencial se reduce a la recepción y demanda de estudios complementarios en detrimento de la escucha y la RMP. El tiempo de la consulta tampoco es suficiente para incorporar nuevas cuestiones como el acceso a información *online*. No siempre es posible, entonces, hablar con las pacientes sobre sus riesgos y cómo evitarlos (dónde buscar, cómo, etc.):

Es que tenemos que hablar de tantas cosas en la consulta que sumar una más no sé, estamos muy apretados [risas]. Con suerte llegamos a hacer el Pap y charlar de lo que tenemos que charlar (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

De esta forma, mientras que la presencialidad constituye el ámbito privilegiado por las entrevistadas para brindar la información que requiere la paciente, escuchar sus inquietudes, calmar sus angustias, construir una buena RMP y brindar una buena atención de la salud sexual, el tiempo de la consulta se revela

cada vez más insuficiente. Este es un problema que las entrevistadas no relacionan con la salud digital. Se trata, de hecho, de algo que la excede y frente a la cual el aporte que podría suponer la incorporación de las TIC resulta insuficiente. Las profesionales de la salud, por ejemplo, no hacen énfasis en la optimización del tiempo de consulta, el cual suele destacarse cuando se promueve la incorporación de las TIC en salud. En cambio, se centran, en términos comparativos, en lo que ellas como profesionales de la salud tienen para ofrecer frente a las carencias o limitaciones de la salud digital. Las TIC se presentan como un arma de doble filo (con más riesgos y limitaciones que beneficios) antes que como un aliado a incorporar en el campo de la salud.

Los derechos sexuales y el clima de época

En la noción de salud y derechos sexuales, tal como se definió en el *Capítulo 1*, confluyen procesos sociopolíticos y normativos (Petracci y Pecheny, 2009). La misma se configura a partir de la relación constitutiva entre salud y derechos que reconoce en la demanda por la legalización del aborto un punto nodal y paradigmático, que articulaba, al momento en que fueron realizadas las entrevistas, las luchas de movimientos de mujeres y feministas en torno a la salud y los derechos sexuales. Esta demanda se encontraba instalada en la agenda pública y política, luego del debate legislativo del año 2018 y en el marco del fenómeno conocido como marea verde. El sistema de salud y los y las profesionales de la salud fueron interpelados por este debate y el proceso de lucha que implicó. El aborto se instaló en como un asunto de salud pública, se debatió sobre la responsabilidad de asegurar su acceso por parte del Estado y cobró relevancia la legislación vigente entonces que permitía el aborto en tres causales (ILE) que debían respetarse en el sistema de salud.

En este contexto tienen lugar las respuestas de las entrevistadas. Al reflexionar sobre de los cambios que introducen las TIC: diferencian entre salud y derechos sexuales; definen y ponen en cuestión la noción de autonomía en relación con la de empoderamiento; y reflexionan sobre el lugar de Internet en el acceso a la ILE (y al aborto, en un sentido más amplio) así como en relación con el parto respetado (un tema emergente, introducido por las entrevistadas). A continuación,

se desarrollan estas opiniones y argumentos en tres subapartados. El primero se centra en la diferenciación que establecen las entrevistadas entre la información sobre salud y sobre derechos sexuales. El segundo, retoma las reflexiones de las entrevistadas sobre el contexto sociopolítico en el que se inscriben los procesos de cuidado y atención de la salud sexual y las nociones de autonomía y empoderamiento. Por último, el tercero desarrolla las limitaciones que las profesionales de la salud reconocen en la implementación de estrategias de salud digital inclusivas y en clave de promoción de derechos, esto es, las brechas digitales en las que el género interacciona con variables socioeconómicas y da lugar a desigualdades en el acceso a las TIC.

La diferenciación entre la información sobre salud y sobre derechos sexuales

En cuanto a la disponibilidad de información sobre salud *online*, las entrevistadas diferencian entre lo que consideran información estrictamente médica (sobre salud, síntomas, diagnósticos y tratamientos) y lo que es información sobre derechos sexuales. Sus apreciaciones varían de acuerdo al tipo de información en juego. Mientras que la disponibilidad de información médica *online* es percibida como un riesgo para la salud (frente a la imposibilidad de discernir entre las distintas fuentes de información y la angustia que se genera ante el peor panorama posible), la información relativa a derechos sexuales, en cambio, se relaciona a mayores grados de autonomía, lo que es valorado por parte de las entrevistadas como algo favorable (al menos propositivamente). Prima cierto acuerdo entre ellas sobre la importancia de que las pacientes conozcan sus derechos y se considera que Internet es un recurso valioso en ese sentido. Sin embargo, se sostiene que la información relativa a su salud debe proveerla el profesional al que se consulta:

Por más que está bueno que sepan sobre sus derechos, eso que te decía que leen sobre el Protocolo ILE que les da un montón de autonomía. Hay todo otro montón de cosas que lamentablemente no van a poder ser autónomas. En 'yo me trato como quiero, leo si tengo infección urinaria y yo me trato', muchas pacientes lo hacen y no está bueno (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Cuando se trata del acceso a información *online* sobre síntomas, diagnósticos y tratamientos, las entrevistadas consideran que esta práctica puede ser perjudicial al desinformar, asustar, anular la posibilidad de preguntar y generar

angustia. Indican que, entonces, son dejadas de lado la palabra y la escucha consideradas, tal como se desarrolló previamente, piezas fundamentales en la atención de la salud:

Buscan muchísimo en Internet y vienen a la consulta con muchos miedos de cosas que leyeron, que algunas son verdad pero tal vez no tiene por qué suceder, no sé, justo leen lo más grave que les puede pasar y a veces vienen muy asustadas, muy preocupadas (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Además, la información sobre salud sexual disponible en Internet es, según las entrevistadas, muy variable en cuanto a su calidad. A eso se suma que las pacientes no siempre cuentan con las herramientas necesarias para identificar las fuentes confiables:

Internet es muy amplio, pueden leer cualquier cosa. Y uno por no tener el conocimiento, no es por menospreciar a la paciente que no tiene por qué saberlo, pero al no tener el conocimiento no sabe discernir qué es real y qué no. Es muy difícil para ellas y se asustan, piensan que es gravísimo y tal vez no es nada (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

También en las redes sociales puede circular información de calidad muy variable y, en algunos casos, difícil de diferenciar de la publicidad con la que se promociona y vende productos para el cuidado de la salud. Esto genera preocupación entre las profesionales de la salud entrevistadas:

A veces me quiero arrancar los pelos porque lees cosas y decís 'esto no está bien', tampoco voy a entrar en la disputa de empezar a retrucarle. Pero hay gente que tiene millones de seguidores y decís 'ay pero esto no es correcto'. Yo creo que tiene un montón de ventajas, que hay un montón de gente que divulga información súper válida y correcta, pero a veces hay algunas cosas que no son correctas y las siguen un montón de personas y eso se multiplica (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

Pasó ahora con la famosa Catherine Fulop y su chip sexual, que la gente no termina de medir la dimensión que tienen esos posteos con un interés comercial, económico, que no lo ve la gente. Y hay mucha fake news, y hay mucho pago de publicidad que obnubila el raciocinio (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

Todo esto supone un riesgo para los pacientes que, guiados por la información a la acceden *online*, pueden tomar decisiones que afecten su salud:

A veces hay personas que dejan de concurrir a los médicos o hacer cosas porque ya es como que cierran 'bueno, tengo tales síntomas, seguro que esto', como que es un arma de doble filo. Y a parte no todo lo que circula en Internet es adecuado. [...] Me parece que hace falta más educación en relación al uso de la tecnología, pero me parece maravillosa [...] habría que

regular, habría que ver cómo se educa a las personas para que tengan acceso a Internet y que sea el acceso adecuado, el correcto, el que no viole sus derechos (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC).

En este sentido, predomina la idea de que las personas (población general, pacientes y usuarios del sistema de salud) deberían recibir educación para conocer dónde buscar información confiable sobre salud, poder identificar la información de buena calidad y saber diferenciarla de la publicidad. La tarea de aportar esas herramientas a los pacientes no es asumida como parte de sus responsabilidades en tanto médicas o profesionales de la salud. En general, se considera que las mismas corresponden al ámbito (un poco difuso, para algunas entrevistadas) de las “políticas públicas”.

Lo importante sería educar al paciente, o quizás tampoco no sé si lo deberíamos hacer nosotros... pero también debería haber una página que ellos sepan dónde buscar. O ponele, hacer cosas en la tele, en la radio, en carteles, en panfletos, para que la gente sepa dónde buscar (27, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

La regulación de la información que circula *online* sobre salud y derechos sexual es una demanda extendida entre las entrevistadas. Es por eso que, cuando pueden intervenir o influir sobre el acceso de sus pacientes a información *online* esta práctica les resulta menos riesgosa. Consideran que, en caso de que las pacientes accedan a información *online*, esta debería provenir de fuentes en las que ellas mismas confían. Idealmente, de alguna red social propia o del servicio de salud en que tienen lugar las consultas presenciales:

Se meten en cualquier parte, investigan en cualquier lado, entonces siempre acá [en el Hospital Público] o en el consultorio [privado] les doy lugares seguros. Les doy la página de SAGIJ³², el Instagram, que tiene información fiel armada por profesionales idóneos. [...] Yo creo que tienen que tener información dada por uno, como fuente básica de info, pero que después sí se puede apoyar en algo que puede sacar inclusive de Instagram (57, Médica Tocoginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

A mí me sirve mucho que ellas me sigan a mí, en mi Instagram. [...] Porque yo prefiero que busquen información de alguien que más o menos se las filtra y no que entren y busquen cualquier cosa. Vos te metes en Google y encontrás cualquier cosa. Todas las que vienen con la información buscada en Internet, vienen catastróficas (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

³² SAGIJ es la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.

Al constituirse ellas mismas como fuente de acceso a información a través de nuevos medios de comunicación (Instagram, Facebook, etc.) o sugerir sitios que conocen y con los cuales “comulgan”, la consulta de información *online* deja de ser una consulta externa capaz de introducir nuevos temas o enfoques en la atención de la salud. Es decir, se configura como un acceso a información que no aporta algo nuevo, sino que extiende el alcance de la palabra médica por fuera del consultorio, para lo cual se vale de Internet y las redes sociales como medio de comunicación. Algo similar a lo que se señaló sobre las políticas públicas, que incorporan las TIC para la promoción y prevención de la salud sexual sin reformular o replantear las formas de concebir la comunicación (*Capítulo 2*).

De esta forma, prima el acuerdo entre las entrevistadas de que la información médica debe ser suministrada por un profesional de la salud. En cuanto a la información sobre derechos sexuales las posturas de las profesionales de la salud varían. Si bien algunas entrevistadas tienen opiniones ambivalentes (del tipo “a favor” y “en contra”) otras, en cambio, consideran que el acceso a información sobre derechos sexuales es un aspecto favorable del uso de las TIC en salud. Lo relacionan con una mayor autonomía por parte de las pacientes que resulta beneficiosa aunque represente desafíos en la práctica, tal como se desarrolla a continuación.

Autonomía y empoderamiento

Así como las entrevistadas identifican un cambio de paradigma en la atención de la salud y el modelo de RMP, en el que tiene lugar la incorporación de las TIC, también identifican un clima de época ligado a la masificación de las luchas feministas en los últimos años en la Argentina:

[...] creo que Internet contribuyó como todas las nuevas tecnologías a que todo ese movimiento de mujeres, que ahora es masivo, siga creciendo, siga promoviendo estos derechos. Y también en facilitar el acceso en algunos lugares en donde todavía no se garantiza. O sea, me imagino toda la campaña de ‘niñas no madres’ que sin Internet no podría haber sido posible, no nos hubiésemos enterado de lo que pasó en Tucumán³³. Me imagino que

³³ La entrevistada se refiere al caso de una niña de 11 años que el año 2019 en Tucumán (Argentina) fue obligada a continuar con un embarazo que era producto de una violación, negándosele el acceso a la ILE, que le correspondía según la ley vigente. Los movimientos de mujeres y feministas, así como organismos de DDHH, se movilizaron en denuncia, a través de la campaña “Niñas, no madres” con fuerte presencia en las redes sociales (Instagram y Twitter). En esta nota periodística del momento, escrita por Mariana Carbajal, se narraba lo sucedido (<https://bit.ly/3jmiAC2>).

hubiese sido todo más difícil todavía. Creo que estas nuevas tecnologías aceleran los tiempos (38, Médica Generalista, Hospital Público).

Las categorías de empoderamiento y autonomía aparecen ligadas a ambos procesos de cambio, el del MMH y el clima de época marcado por las luchas de mujeres y feminismos (más ligado a la salud y los derechos sexuales). En este sentido, las profesionales de la salud entrevistadas señalan los matices de la situación:

Digamos, se empoderaron como se fue empoderando la población y como se fueron empoderando, te diría, las mujeres en general. Pero no me parece que sea específico de las pacientes (64, Médica Tocoginecóloga, consultorio privado/ Hospital Público).

En general tienen un poco más de registro de cuáles son sus derechos, se plantan distinto. [...] no sé de dónde lo sacaron, no leyeron el Boletín Oficial, pero de algún lado... lo vieron en algún Instagram o algo (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

En este sentido, una de las médicas entrevistadas hace hincapié en los cambios ocurridos en los últimos quince años, en lo que hace al conocimiento de sus derechos por parte de las pacientes y su capacidad para exigirlos:

[...] Hace quince años era inimaginable que una piba de catorce años vaya a un centro de salud a pedir un método anticonceptivo y, sin embargo, eso ahora está como un poco más demandado. No quiere decir que en todos lados se lo den y que esté garantizado, pero sí las pibas saben que tienen derecho (38, Médica Generalista, Hospital Público).

A su vez, una de las médicas entrevistadas establece un vínculo entre tecnología y feminismo que define como “la revolución del momento”:

Esto de que el cuerpo de la mujer empiece a tomar un lugar equitativo al del hombre hace que se caigan un montón de cosas, entonces, la tecnología permite denunciar, hablar del abuso, hablar del acoso, hablar del aborto, que no se hablaba. El aborto era una mala palabra. Yo creo que ahí sirvió mucho. [...] donde apareció una ventanita donde alguien pudo decir ‘che, me pasa esto’, boom, se viralizó, se multiplicó. Entonces, ahí surgieron todas las movidas (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

Otra de las profesionales de la salud entrevistadas considera que la disponibilidad de información *online* sobre salud y derechos sexuales podría favorecer el ejercicio de la autonomía por parte de las pacientes. Sin embargo, tiene dudas al respecto y las manifiesta en términos de contradicciones:

Está bueno que estén, que sepan... que tengan autonomía sobre su cuerpo sobre qué hacer, cómo preguntar y todo. Pero aún así me genera un poco de... estoy medio... es contradictorio. Porque me parece que hay que saber

informar a la paciente en dónde buscar. [...] Las pacientes que no están informadas vos, no es que digo que le podés decir cualquier cosa, pero es como, tienen al médico, como el modelo hegemónico de antes que 'yo te voy a decir qué hacer'. Yo creo que también, 'yo te voy a decir lo que yo sé que se hace con eso y vos de ahí hacés lo que vos quieras'. Pero bueno, yo te voy a indicar 'tenés esto, te voy a indicar esto', porque es lo que yo estudié diez años (27, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Finalmente, hay entrevistadas para quienes la incorporación de las TIC en el campo de la salud y los derechos sexuales no se relaciona con la autonomía de las pacientes:

Las páginas [de Internet] no te dan control ni autonomía, ni nada. No puede una página de Internet dar autonomía, o sea, porque básicamente es una página de Internet. Porque es algo hecho en general. Uno en salud tiene una atención personalizada y cada persona es distinta. Si fuéramos iguales sí sería perfecto porque las páginas que hablan en general servirían para todos, pero somos todos diferentes (27, Jefa de Residentes de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

En sus argumentos la entrevistada recupera la idea, abordada previamente en este capítulo, de que la tecnología responde a lo estandarizado y por lo tanto no podría, en este caso, favorecer la autonomía. Para esta última es necesaria, en cambio, una atención personalizada. Luego, vincula esta idea al empoderamiento que supone la disponibilidad de información (dada por un profesional durante la consulta) y las ideas encontradas que le genera: por un lado, el anhelo de una paciente más autónoma y empoderada y, por otro, la importancia que atribuye al rol del médico (del quien no puede ni debe prescindirse):

Vos podés tener autonomía, vos podés tener información, pero para algo están los profesionales, para algo existen. La información empodera, por decirlo así, y te ayuda a tener una parada totalmente distinta. [...] Pero es para no sentirte tan en desventaja con la relación (27, Jefa de Residentes de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

La idea, más o menos extendida entre las entrevistadas, de que el acceso a información sobre derechos sexuales favorece la autonomía (independientemente de si las TIC influyen) y de que esta es deseable, convive con la idea de que cierto grado de dependencia en la RMP es inevitable. Esto da lugar a contradicciones en la postura de las profesionales de la salud entrevistadas, que algunas advierten como tales. Mientras que la autonomía opera como ideal, en la práctica no siempre es posible ni deseable:

Pero, ¿hasta dónde es buena la autonomía? la pauta de alarma... no sé cómo explicarte, no sé si de solo leerla decís 'bueno, no si tengo esto, esto y esto tengo que ir a la guardia' por ahí sí eh, por ahí estamos subestimando la capacidad de reconocer la alarma que tienen las personas, pero me parece que a veces puede ser un problema (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

Por más que esté bueno que sea autónomo en un montón de cosas en las que lamentablemente van a seguir dependiendo de nosotros, tal vez suena un poco feo, o suena un poco mal, pero es así (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

En este sentido, las pacientes informadas que exigen una atención determinada (por ejemplo, un parto respetado) suponen, según una médica entrevistada, más trabajo (al tener que explicar lo que se hace y por qué se lo hace). Si bien comprende un aprendizaje implica a su vez un desafío:

Lleva más trabajo, hay pacientes, voy a decirlo honestamente, que son una paja³⁴, o sea, te llevan mucho más tiempo, tenés que explicarles. [...] son pacientes mucho más difíciles, pero está bueno también, porque aprendes un montón [...] tenés que ser muy cuidadosa en lo que haces y en lo que decís, para que no se malinterprete (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

En la práctica se enfrentan dificultades frente al ejercicio de la autonomía. Los mismos atañen a las profesionales de la salud e interpelan a las pacientes. En cuanto a los retos que supone para las profesionales de la salud, las entrevistadas indican que deben manejar la molestia o el malestar que les genera que la autonomía se traduzca en una postura exigente o demandante por parte de las pacientes:

[...] cuanto más sepa de los derechos que me corresponden siempre va a ser mejor, para cualquier persona. Entonces si una persona viene conociendo sus derechos no te tenés que enojar, tenés que decir 'bueno, qué bien'. Si viene y te los exige ya de una manera que no corresponde, porque no es este el ámbito donde se los podés garantizar, eso ya es otra cosa que a veces también pasa ¿viste? [risas] que te quieren tirar con algo porque no podés garantizar ese derecho porque no es lugar, no es la institución, o a veces es la institución pero no tenés el recurso y no podés hacer nada. Pero bueno, te puede llegar a enojar un poco (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC).

Está la que viene medio a desafiarte a contrastar lo que leyó con lo que vos le venís a decir, que por suerte son las menos. [...] A mí depende, esto es como re íntimo, pero depende mucho el tono en el que me lo digas. Si me

³⁴ La expresión (utilizada en la Argentina) "una paja" se usa para referirse a una situación (en este caso, la atención de algunas pacientes) que produce pereza, cansancio o desmotivación (en este caso, por la mayor demanda de trabajo que supone).

vienen patoteras es muy difícil que entre bien. [...] cuando vienen con la verdad absoluta '¿para qué venís entonces?', medio que es esa la respuesta, '¿querés que te diga y que te pida lo que vos querés? bueno, está bien, pero yo no soy un delivery de cosas'. Depende mucho de eso, de la actitud con la que venga (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

Sin embargo, las profesionales de la salud esperan (al menos idealmente) cierto grado de autonomía por parte de las pacientes que se enfrenta también con dificultades, en algunos casos, dadas por las posibilidades desiguales de ejercer dicha autonomía en función de los recursos de los que se dispone (tanto material como simbólicamente):

Se nota la diferencia entre las pacientes que están más... que quizás leyeron o están más fundamentadas en algo y las pacientes que quizás no entienden mucho qué está pasando y están totalmente dependiendo de vos. Y en el sentido del nivel económico también, lamentablemente, se nota (27, Residente de Tocoginecología, Centro de salud privado).

Hay pacientes que son, que pueden ser más autónomos, y vos también incluso confías más en que esas pacientes sigan una conducta, sigan un tratamiento, porque están más informadas y hay pacientes que no. Hay pacientes que no saben leer ni escribir, entonces es como... (27, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

En este contexto, algunas entrevistadas destacan que la autonomía puede promoverse desde el propio sistema de salud y que constituye, en ese sentido, un desafío a futuro en el cual hay que trabajar:

La mayoría son pacientes que, es triste pero es así, con tal de que vos le digas 'bueno mamá, va a estar todo bien' va a estar todo bien. Cuando después en la sala vamos y hablamos y estamos en el trabajo de parto tratamos de hacerlas activas y decir 'bueno, a ver, sos vos la protagonista' como que tratamos de hacerlo pero bueno, son pacientes que tienen otra realidad que es completamente distinta capaz que a la que vivimos (26, Residente de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

Me parece que todavía falta mucho. A mí me parece maravilloso que vengan las personas a demandar sus derechos y a tener información en la que uno puede dialogar y negociar cosas. Pero me parece que todavía hay muchas personas que no están en ese lugar, hay que seguir, hay que trabajar mucho (38, Médica Generalista, Hospital Público).

Entre las distintas profesionales de la salud entrevistadas se pueden identificar diferentes formas de concebir la autonomía: una ligada a la toma de decisiones, en la que influye en el modelo de decisiones compartidas centrado en el paciente; otra ligada al enfoque de derechos; y una tercera que se configura a partir

de la relación que establecen algunas entrevistadas entre información- autonomía- responsabilidad.

La concepción de la autonomía basada en el modelo de decisiones compartidas se propone, tal como plantean las entrevistadas:

El paciente está mucho más informado, es mucho más autónomo... es mucho más fuerte el modelo de decisiones compartidas que una medicina tan patriarcal como era antes, donde el médico tenía la palabra santa y los demás tenían que hacer lo que el médico decía. Hoy en día los pacientes te cuestionan más (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

El objetivo que se tiene que lograr con el paciente es la decisión compartida (45, Médica Tocoginecóloga, Centro de salud privado).

Por otra parte, la autonomía es definida desde un enfoque de derechos por una médica entrevistada que destaca las especificidades del trabajo en atención de la salud sexual con adolescentes:

Creo que está bueno que ellas puedan conocer sus derechos, uno se los explica, les dice que hay leyes, que tienen autonomía, que no tienen que venir acompañadas, que este es un espacio privado, de confidencialidad. [...] porque se hace hincapié sobre la autonomía que tiene el adolescente, que ya a partir de los trece años se va fomentando todo eso. Y me parece que hay que darle información para que vaya creciendo justamente en esa autonomía (57, Médica Tocoginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

La autonomía concebida a partir de la relación información- autonomía- responsabilidad se basa en el planteo de que al disponer de la información necesaria los pacientes pueden tomar decisiones sobre su salud y asumir una mayor responsabilidad en el proceso de cuidado y atención de la misma. La responsabilidad se configura entonces como la contracara de la autonomía:

Yo creo que está bueno que las personas conozcan sus derechos y tengan conocimiento de muchas cosas, porque eso también las posiciona en un lugar de poder decidir, en esto de la información que una pueda brindar como profesional. La información que ellos manejen, si es buena, también sirve para poder crear un diálogo más de par y poder llegar a apropiarse también de la responsabilidad de la salud, que no quede solamente en los profesionales (38, Médica Generalista, Hospital Público).

Por último, dos temas adquieren centralidad en el marco de la atención de la salud sexual en términos de derechos y en relación con el clima de época: 1. el aborto (sobre el que se pregunta en la entrevista, aunque varias entrevistadas

introducen el tema espontáneamente); 2. el parto respetado (un tema emergente de las entrevistas, no incluido en la guía de pautas).

1. Aborto

El aborto, en tanto demanda histórica de los movimientos de mujeres y feministas, se encontraba instalado en la agenda pública y política al momento de las entrevistas. El interés por el tema y la pregunta por los cambios que introducen las TIC en relación con el acceso al mismo en el contexto argentino de entonces (antes de la sanción de la Ley 27.610 de Acceso a la IVE en diciembre del 2020) se encuentra en la base del planteo del problema de investigación que da lugar a esta tesis. Se trata de un tema, por lo tanto, sobre el que se consultó a las entrevistadas. Sin embargo, varias profesionales de la salud lo introdujeron en la entrevista de forma espontánea, es decir, antes de ser consultadas al respecto:

Todo lo de la marea verde y eso puso sobre la mesa un montón de temas que por ahí antes no se hablaban. Y que las más jóvenes son las que se empaparon de todo esto. Yo te aseguro que si vos hablabas con una adolescente hace cinco años sobre cuáles eran las causales de ILE ninguna las sabía y hoy en día yo creo que las pibas las saben (35, Médica Ginecóloga, Centro de salud privado).

A veces vienen mujeres con un discurso que se nota que han indagado, que saben cuáles son sus derechos y que vienen, por ejemplo, con el tema de ILE vienen sabiendo que se los tienen que hacer (38, Médica Generalista, Hospital Público).

Algunas entrevistadas introducen este tema para destacar aspectos favorables del acceso a información sobre salud y derechos sexuales *online*:

Las pacientes a través de Internet saben cómo hacerlo ahora que es medicamentoso, porque antes era solo quirúrgico y ahí estaban más fritas. Existe la información, saben cómo hacerlo, empiezan a buscar un poco y saben dónde conseguir el Misoprostol. [...] La verdad que eso sí que es algo realmente bueno. La única cuestión es que bueno, mientras no cambie la legislación están como muy solas en eso (64, Médica Tocoginecóloga, consultorio privado/ Hospital Público).

Otras médicas entrevistadas se centran en la ILE y destacan que la disponibilidad de información *online* favorece el acceso a la misma y el contacto con centros de salud y/o profesionales de la salud que garantizan este derecho:

Hay muchas páginas, hay bastante buena información en Internet sobre ILE y creo que Internet les da una mano importante a las mujeres que están en esa situación (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

De esta forma, las profesionales de la salud entrevistadas identifican que el clima de época, que registran como un cambio de los últimos años, se traslada a lo que demandan las pacientes en los servicios de salud (sus consultas y exigencias). Algunas entrevistadas observan que las mismas cuentan con más conocimiento sobre el derecho a la ILE y una actitud “empoderada” a la hora de hacerlo valer. Internet se configura en este escenario como un medio de comunicación que dadas su características (masividad, anonimato, bajo costo) adquiere un rol central:

En esta última época con tanto auge del feminismo y del aborto legal y demás, las mujeres están mucho más empoderadas y de hecho saben mucho más sobre sus derechos, depende de la paciente, ¿no?, claro, pero como que saben un montón, y leen un montón, y eso es lo que da Internet (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Internet jugó un papel y juega un papel esencial, te diría. Cuando empecé a investigar sobre Misoprostol en el año 2003, yo conocí el Misoprostol por mis pacientes acá en el hospital [...] Uno aprendió con la gente. Hoy ya la gente sabe, se orienta, pregunta, busca, dice ‘hay un 0800 al que puedo llamar’, es otra cosa (58, Médica Ginecóloga, Hospital Público/ Consultorio privado).

Otras entrevistadas, en cambio, mencionan espontáneamente el tema del aborto para ejemplificar los riesgos del acceso a información *online*:

Mismo muchas pacientes con el tema del aborto que compran o leen en páginas web, en foros, cómo tienen que hacer un tratamiento o dónde pueden conseguir las pastillas. Y muchas veces lo hacen mal, le cobran las pastillas carísimas... Como que tratamos, en ese aspecto al menos de la tecnología, de desterrarla un poco. Porque, al menos yo, creo que esa es la parte no favorable del uso de tecnologías en el paciente (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

Sin embargo, una de las entrevistadas que asume un postura crítica en relación con el acceso a información *online* sobre aborto, luego introduce algunos matices a su respuesta e indica que entiende que las pacientes busquen información por otros medios (entre ellos Internet) dadas las barreras que existen en el acceso al mismo a través del sistema de salud:

Como que piensan que Internet es más confidencial y que las va a juzgar menos que si se acercan a un hospital. La realidad igual es que puede ser que vaya a un hospital y la juzguen porque no en todos los hospitales están todos los médicos a favor, eso también es real. Entonces capaz que va al centro de salud tal y la tratan mal. Hay un montón de lugares que pueden ir

y acercarse pero evidentemente tiene más peso Internet. Hay un montón de mujeres que no vienen o vienen tarde por miedo a qué les van a decir, o no te dicen si ellas en su casa hicieron algo por miedo a qué les van a decir (26, Residente de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

Frente a los riesgos que puede implicar el acceso *online* a información incorrecta, otra médica entrevistada vuelve sobre la posibilidad de recomendar sitios seguros que brinden información confiable:

Muchas veces, ante la desesperación, entran a ver cosas que a veces no están buenas, porque hay mucha desinformación también en esos lugares. Y como que terminas recomendando 'bueno no, entra al Ministerio a este Protocolo, entra a la OMS', terminás recomendando algunas cosas. O la Colectiva Feminista, que sabés que la información que tienen es segura. Como que decís 'bueno, entrá acá, tratá de no buscar otras cosas porque es mala esa información' (38, Médica Generalista, Hospital Público).

Otra de las entrevistadas incluye entre los riesgos que supone el acceso a información sobre aborto la difusión en Internet de discursos propios de grupos autodenominados "provida", contrarios al derecho al aborto, que promueven el miedo y la culpa. Esto puede ser un obstáculo en el ejercicio de sus derechos para quien cursa un embarazo y accede a Internet en busca de información sobre su interrupción:

Lo que pasa es que también tenés todo un material que va en contra de lo que considero los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres digamos, también existe eso (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC).

Por último, una de las entrevistadas resalta la objetividad que considera que deberían tener los profesionales de la salud, en contraposición a la información disponible *online*. Sus argumentos se sustentan en un enfoque biomédico que atribuye al médico la palabra autorizada en nombre del conocimiento científico, considerado objetivo. En este sentido, le preocupa que la "polarización" del tema se traslade al sistema de salud:

Es lo mismo que lo demás, depende de qué página abras está la te va a decir que el aborto es lo peor del mundo y la que te va a decir que el aborto es lo mejor del mundo, vas a tener las dos campanas abiertas. ¿Por qué? porque tenemos esas dos corrientes importantes, como no está ningún marco legal ubicado hoy en día en tiempo y espacio y está todo en discusión, están en auge ambas campanas y ambas tienen lugar en Internet para ubicarse. Inclusive en el ámbito médico también tenés lo mismo, depende qué consultorio abrís si está pintado de verde o de celeste vas a tener una campana. Y es malo eso por el hecho de que vos tenés que ser objetivo y dar información correcta, no dar tu perspectiva, podés pensar lo

que quieras pero en cuestiones como esta tenés que ser un poco más objetivo (27, Jefa de Residentes de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

2. Parto respetado

El tema del parto respetado es introducido por las profesionales de la salud durante las entrevistas (sin estar incluido en la guía de pautas) y ocupa un lugar relevante en el entrecruzamiento entre salud y derechos para aquellas entrevistadas que se desempeñan en servicios de obstetricia. Las mismas, reconocen que entre los derechos que las pacientes reclaman frente al sistema de salud, en el marco del clima de época, se encuentra el parto respetado:

Particularmente en lo que es obstetricia hay mucho movimiento con respecto a lo que es la ley de parto respetado, violencia obstétrica, parto sin intervención y demás. De esto sí, hay un montón de información por todos lados. Y lo buscan activamente también las mujeres, hay algunas que no, pero la gran mayoría te diría que sí. De hecho los grupos en redes sociales tienen que ver con mujeres que buscan ese perfil de obstetra o de lugar para atención del nacimiento de su bebé (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

En el año 2004 se sancionó la Ley 25.929 de Parto Humanizado³⁵, a la que se refiere la médica entrevistada. La misma establece los derechos de los padres y la persona recién nacida, entre los que se encuentran los derechos de las personas embarazadas a: ser informadas sobre las intervenciones que pudieran tener lugar durante el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto; ser tratadas con respeto, de modo individual y personalizado; y estar acompañadas durante el trabajo de parto, parto y posparto por alguien de su confianza.

A pesar de que las profesionales de la salud indican que suele hacerse todo lo posible por respetar los derechos establecidos por esta ley, las exigencias por parte de las pacientes dan lugar a posturas ambivalentes de su parte y argumentaciones de su parte del tipo “sí, pero”:

Yo estoy de acuerdo con un montón de cuestiones del respeto, la intervención mínima y demás, pero hay algunas cosas que me hacen ruido de las que se hablan en esos grupos [en redes sociales virtuales]. Después hay que generar mucho vínculo y mucha confianza para que la otra persona también diga ‘bueno, está bien, no me estás queriendo vender algo que no está bueno porque te conviene a vos, sino que estamos tratando de consensuar entre las dos lo mejor para todos’ (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

³⁵ Disponible en: <https://bit.ly/3nlXXHm>

Mismo [que con el aborto] con el parto respetado también lo vemos mucho 'yo quiero parto respetado, no quiero que me pongan nada' y bueno le explicas que obviamente se va a respetar y todo y le explicas hasta qué límite, pero saben un montón y saben las técnicas. Porque también yo si una paciente no sabe le puedo decir cualquier cosa 'te pongo la vía porque sí' y estas pacientes sí saben y te dicen 'no quiero vía, no quiero nada' (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

A su vez, tal como indican las entrevistadas, las posibilidades de brindar una atención que se ajuste a los parámetros de los que se considera un parto respetado están sujetas tanto a las características de la población (qué exige) como a lo que se ofrece desde cada servicio de salud (en la medida en que se garantice o no el acceso a derechos):

Mientras se respete, las pacientes en general no tienen problema. Piden que el padre esté en la cesárea, que el padre esté en el parto, nosotras tratamos de respetarlo siempre, pero bueno también no siempre depende de nosotras, las residentes, sino que depende del médico interno. Y no todos son gente joven, hay gente que ya tiene sus mañas, que no quiere tal vez que el padre esté en la cesárea y fin (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

En maternidad algunas pacientes incluso no quieren venir al médico, no quieren saber nada, no buscan Internet, no vienen al médico, no siguen las consultas, pero por miedo a que... muchos las retan, hay muchos hospitales maltratadores. Nosotros no, entra el familiar, jamás las atamos, si quieren parir paradas paren paradas, si quieren parir acostadas, en una silla, en donde quieran, la que me tengo que arreglar soy yo. [...] Incluso vienen muchas pacientes con su plan de parto, quiero esto, quiero lo otro. A mí me gusta, está bueno, me parece interesante. [...] También, por ejemplo, nosotros en el hospital somos uno de los hospitales que hace partos respetados, que hace interrupciones del embarazo, entonces quizás por eso estamos un poco más abiertos en ese sentido (27, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

En síntesis, la autonomía (ligada o no al empoderamiento) opera como ideal en materia de salud y derechos sexuales, sin embargo, en la práctica presenta dificultades que las entrevistadas expresan como contradicciones. Entre estas dificultades se encuentra la forma en que las entrevistadas conciben la atención de la salud, su propio lugar como profesionales de la salud y sus responsabilidades, así como la negociación que se dirime en su interior y con las pacientes entre autonomía y dependencia. También se destacan dificultades vinculadas a las desigualdades socioeconómicas que se presentan entre las pacientes y sus contextos, que posibilitan diferentes grados de autonomía y apropiación de

derechos. Las entrevistadas hacen hincapié en este punto y lo destacan como un obstáculo no solo en términos de autonomía sino también en relación con el acceso a la salud digital y las limitaciones que consideran que en la práctica enfrenta la incorporación de las TIC en el campo de la salud. A continuación, se presenta el análisis de esta cuestión desde un enfoque de género.

Las brechas digitales de género: barreras en el acceso a la salud digital

El género como categoría analítica permite vislumbrar las brechas digitales que generan desigualdades en el acceso a la salud digital. Tal como las define Castaño (2010) las brechas digitales de género se expresan bajo tres modalidades: la primera, se refiere al acceso material a las TIC (la conectividad y el acceso a los dispositivos necesarios); la segunda, comprende el uso que las personas hacen de las TIC en términos de inclusión digital; y la tercera, alude a la participación en el diseño, producción y gestión de este tipo de tecnologías. La pregunta por los cambios que introduce la incorporación de las TIC en el campo de la salud sexual problematiza el segundo tipo de brechas digitales de género, de acuerdo con la definición de Castaño (2010), ya que apunta a dilucidar los efectos desiguales del uso y apropiación de las TIC en el acceso a la salud digital. En este sentido, Natansohn (2013) destaca la dimensión subjetiva de las brechas digitales de género:

Esto se comprende mejor cuando indagamos, por ejemplo, cómo las personas se relacionan con los aparatos técnicos que los rodean, cómo construyen sus imaginarios tecnológicos y los vínculos (de afecto, indiferencia, odio, miedo, interés, pasión) que establecen con ellos a lo largo de su vida y su educación, cómo entran en contacto con ellos, ya sea a través de la educación o del trabajo y cuáles son las motivaciones de las personas para optar (o no) por carreras tecnológicas (p. 16).

De esta forma, las desigualdades de género atraviesan los modos de relacionarse con las TIC y las posibilidades de valerse de sus beneficios, por ejemplo, en el campo de la salud. Las entrevistadas advierten en su práctica como profesionales de la salud las desigualdades en el acceso, uso y apropiación de las TIC en las que el género opera de modo interseccional y articulado con factores socioeconómicos y generacionales:

La paciente del hospital [público] cambia veinte veces por año el número de celular, vos tenés anotado en la historia clínica un número de celular y cuando la querés llamar ya lo cambió. La paciente de consultorio particular o prepago o lo que fuera, tiene como más estable, más estable el trabajo, más estable el celular, tenés una manera de comunicarte que con el resto no (58, Médica Ginecóloga, Hospital Público/ consultorio privado).

Esto se presenta para las profesionales de la salud como una limitación de la salud digital y un obstáculo para su implementación. En este sentido, indican que algunas pacientes no tienen a su disposición dispositivos tales como celular y/o computadora, utilizan los de otros miembros de la familia (pareja o hijos), con la falta de privacidad que eso supone, y no siempre cuentan con las habilidades requeridas para su uso:

Nosotras tenemos muchas pacientes que no, que el celular no tiene para aplicaciones o no tienen la lucidez para hacerlo, suena medio mal pero pasa, o son grandes. Muchas no tienen celular, usan el de la pareja, entonces bueno, ahí como que limita un poco el uso de la tecnología. [...] A veces mismo, para comunicarte, para llamarlas para que vengan a operarse resulta muy difícil porque no te atienden, o el celular que dejaron es del vecino o es el número de la pareja, y uno tiene que ser muy cuidadoso en lo que dice también porque tampoco puedes decir cualquier cosa (28, Residente de Tocoginecología, Hospital Público).

[...] la población con la que yo trabajo no tiene acceso a una computadora y para tener acceso tienen que pagar, tiene que ir a cyber o tiene que conseguir alguien que tenga o le tiene que pedir al hijo. Pero no todo se puede hacer con la computadora del hijo porque se la dio la escuela y porque a parte la madre no quiere que vea (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC).

Ante el avance de las TIC, que se presenta como irreversible, las entrevistadas señalan con preocupación la existencia de brechas digitales. En este sentido, una de las profesionales de la salud entrevistadas advierte sobre lo problemático que puede resultar la exclusión del ámbito tecnológico (por falta de acceso y/o habilidades de uso):

[...] es como que todo está mediado por Internet, es muy difícil quedar afuera. Y si quedas afuera no encajas en muchos circuitos, en muchos ámbitos. Si los jóvenes se quedan afuera es complejo (51, Lic. en Trabajo Social, CeSAC).

A su vez, en torno a las TIC se reconfiguran, tal como plantea Sabanes Plou (2013), viejas prácticas de dominación como la violencia contra las mujeres en nuevos escenarios. De esta forma, la violencia de género se ejerce a través de las

TIC y se apoya, en algunos casos, en las brechas digitales de género por las cuales se posee desiguales posibilidades de ejercer control y autonomía en relación con el uso de este tipo de tecnologías. Las profesionales de la salud entrevistadas hacen referencia a esto al narrar experiencias negativas sobre la incorporación de las TIC en la atención de la salud:

Le di el teléfono a una paciente, porque estaba con un problema de hipertensión y demás, estaba muy preocupada, yo nunca doy el teléfono, contadas con los dedos, ehh bueno se lo di. Y resulta que ella estaba atravesando una situación familiar un poco compleja, se estaba separando de la pareja, tenían otro hijo en común además de este bebé, ella me lo había comentado esto. Y me empezaron a llamar de un número desconocido, era la pareja de esta chica, que no se estaban viendo y me amenazaba con que si yo no le contaba cómo estaba evolucionando este embarazo a él.. y yo digo 'primero no sé quién sos, no puedo saber si efectivamente sos la pareja, mi paciente es tu mujer no vos y hay un secreto profesional de por medio que si ella no quiere que vos estés en la consulta por algo es'. Y bueno nada, tuve ahí como todo un tema, le dije 'te voy a denunciar a la Policía' no sé, fue lo primero que se me ocurrió. Pero la verdad es que después de eso lo pienso mucho cada vez que le tengo que dar el teléfono a alguien (38, Médica Obstetra, Centro de salud privado).

Otra de las entrevistadas hace referencia a una situación similar, que tiene en común la violencia de género, en función de la cual modificó también su actitud frente al uso del teléfono celular como medio de comunicación con las pacientes:

Como proyecto de fin de residencia el año pasado unos compañeros armaron un taller de adolescentes y armamos un grupo de WA, pero después nos terminó trayendo problemas. Hubo un problema con una paciente que sufría violencia por parte de la pareja y como que la ayudamos a la mujer a que se salga, a tratar de conectarla con el servicio social y qué sé yo. Pero después la pareja consiguió nuestro número de teléfono y como que se armó mucho lío y ahí nos suspendieron todo. [...] Después de esto que pasó, que tuvieron que ir a denunciar y que fue bastante importante, nos dijeron que basta, que no tenemos que dar nada [vías de contacto como el número de teléfono] (26, Residente de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

De esta forma, las entrevistadas destacan las brechas digitales, en las que el género interactúa con otros marcadores de desigualdad, para referirse a las pacientes (en particular a aquellas que atienden su salud en el subsector público). Destacan estas desigualdades en tanto limitaciones u obstáculos para la incorporación de las TIC en el campo de la salud, así como en relación con las prioridades que, según algunas entrevistadas, debieran regir las intervenciones en

salud. En este sentido, una de las médicas entrevistadas señala que habría otras cuestiones que atender antes que promover la salud digital:

Si uno lo piensa a nivel poblacional Argentina no sé si es por dónde va la cosa ahora hoy en día. En mi medio sí pero porque todas las pacientes tienen un teléfono, entran a la consulta con el teléfono en la mano. Entonces eso depende de la población (35, Médica Tocoginecóloga, Centro de salud privado).

En cambio, no se identifican cuestiones relativas a las brechas digitales de género cuando las entrevistadas se refieren a ellas mismas en relación con el uso y apropiación de las TIC para su incorporación en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual. Al señalar sus propias limitaciones el principal factor al que aluden las entrevistadas es el generacional, que suelen mencionar en relación con el proceso de incorporación de la HCE:

Tenés que aclarar en algún lugar que estás entrevistando a una señora mayor que no creció con la tecnología y entonces nosotros tuvimos bastante resistencia a la incorporación de las HCE, por esta cuestión legal de no tener el documento escrito (61, Médica Ginecóloga, consultorio privado).

A nosotros no nos costó nada porque estábamos como más inmersos en la computadora, imagínate las personas grandes. Cuando vos hacías consultorio con alguna de las médicas que son más grandes, ay no por favor jera un suplicio!, porque era... llegaba un momento que terminabas diciendo 'dejá yo lo hago y te voy enseñando entre paciente y paciente', así entrenamos a una, entre paciente y paciente. [...] después la podés entrevistar a [nombre de una colega], te va a decir 'fue lo peor que me pasó en la vida'. Ahora está regia, ya no sabe cómo hacía antes, pero fue un año muy intenso (27, Jefa de Residentes de Obstetricia/ Lic., Hospital Público).

Sin embargo, a pesar de que algunas entrevistadas indican que su edad implica una forma de relacionarse con las TIC más distante, al no tener incorporado su uso como las generaciones nativas digitales, sus opiniones y percepciones sobre la salud digital son similares a las de las entrevistadas más jóvenes. Las limitaciones que identifican en la incorporación de las TIC, por ejemplo, no se diferencian en función de su edad. Independiente de ésta, prima la incertidumbre que provoca la salud digital al no contar con un marco regulatorio claro (que establezca sus responsabilidades médico-legales) y el malestar que ello produce. A continuación, en las *Conclusiones*, se retoman éste y los principales ejes temáticos desarrollados a lo largo del análisis para el planteo de las conclusiones y reflexiones finales.

Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones de la tesis y se plantean, a modo de cierre, algunos interrogantes para reflexionar sobre los desafíos de la salud digital de cara al futuro, a partir de la articulación entre investigación e intervención social.

Con el objetivo de conocer y comprender los cambios que introduce la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual en el ámbito de la relación médico-paciente, el análisis comprendió tres niveles de aproximación a la perspectiva de las profesionales de la salud entrevistadas: representaciones sociales de la eSalud/eHealth, opiniones y percepciones. El enfoque cualitativo del mismo permitió adentrarse en el discurso de las entrevistadas para explorar el sentido que dan a sus prácticas. El marco teórico, configurado a partir de la articulación de tres enfoques: el de *Género y Derechos*, el de *Comunicación y Salud* y el de *Salud Colectiva*, junto con los antecedentes de investigación sobre el tema y la elaboración del contexto de implementación de la salud digital, contribuyeron a la construcción y abordaje del problema de investigación y la delimitación de los objetivos.

El análisis de las representaciones sociales de la eSalud/eHealth concluyó con una tipología que permitió advertir el carácter descriptivo, por una parte, y valorativo, por otra, de las ideas, imágenes y sentidos que comprenden dichas representaciones. La representación social de tipo descriptivo indica que las entrevistadas conocían las prácticas que comprende la misma a pesar no estar, algunas de ellas, familiarizadas con el término. Es decir, la salud digital formaba parte de la cotidianidad de su actividad como profesionales de la salud. Algunas entrevistadas asumieron, además, una posición favorable o desfavorable al respecto, que se observa en la representación social de tipo valorativo de la eSalud/eHealth. El análisis de las representaciones sociales hizo emerger las ideas subyacentes de las profesionales de la salud sobre la eSalud/eHealth que están en la base de sus percepciones y opiniones. Tal es el caso de la complementariedad a partir de la cual las entrevistadas plantearon la contraposición entre presencialidad y

virtualidad de la atención médica; la asociación entre salud digital y mercantilización de la salud; y la importancia atribuida a la información sobre salud disponible *online*.

El análisis de las opiniones y percepciones de las profesionales de la salud sobre los cambios que introducen las TIC se organizó en dos ejes temáticos: la importancia de la escucha y la confianza en la atención de la salud sexual; y la relevancia del clima de época en la tematización de la salud y los derechos sexuales. En relación con ambos ejes temáticos, el análisis se centró en los cambios que introducen las TIC en la RMP y concluyó que dichos cambios tienen lugar en un contexto de transformaciones del campo de la salud signado por: un cambio de paradigma en la atención de la salud, que se expresa en la RMP; un cambio en el clima de época, atravesado por las demandas y reivindicaciones de los movimientos de mujeres, feministas y movimientos LGTBIQ+; y las nuevas modalidades de atención de la salud a partir de la incorporación de las TIC, con sus especificidades en el campo de la salud sexual. En este contexto de transformaciones se advirtió que predominaba entre las entrevistadas un desconcierto sobre el futuro, en contraposición a un pasado por momentos idealizado, y la percepción de una pérdida del lugar de poder históricamente constituido de los profesionales de la salud en la RMP.

Las profesionales de la salud entrevistadas asumieron posiciones tanto favorables como desfavorables en cuanto a los cambios que introduce la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual en la RMP. Sin embargo, las mismas no se presentaron de forma polarizada (a favor o en contra) sino ambivalente, esto es, primaron los matices expresados, en algunos casos, en términos de contradicciones. Este tipo de postura ambivalente por parte de las entrevistadas se advirtió, en particular, en relación con el acceso a información *online* por parte de las pacientes. Las entrevistadas se mostraron a favor de esta práctica para llevar a cabo acciones de promoción de los derechos sexuales, aunque no así para difundir información sobre salud (referida a síntomas, diagnósticos y tratamientos). Por ejemplo, señalaron la importancia de que las pacientes conocieran las causales de ILE (vigentes al momento de las entrevistas) y supieran que podían acceder a métodos anticonceptivos que se ajusten a sus necesidades. En este sentido, valoraron favorablemente la información disponible

online para que las pacientes conozcan sus derechos sexuales y estén en condiciones de exigirlos frente a un sistema de salud que no siempre los garantiza. Las entrevistadas destacaron el valor de la autonomía como ideal de la práctica médica, aunque señalaron algunas limitaciones para el ejercicio de la misma, entre ellas: desigualdades estructurales y barreras institucionales.

Las profesionales de la salud entrevistadas consideraron, en cambio, de dominio exclusivo de los médicos la atención y el cuidado de la salud en sentido estricto. De esta forma, indicaron que el acceso a información sobre salud *online* perjudicaba la RMP (al dar lugar a que las pacientes cuestionen o desafíen sus indicaciones) y constituía un riesgo para la salud de las mismas (frente al temor o la angustia que podría generar cierta información, incluso incorrecta). En línea con el planteo de Petracci *et al.* (2017), se advirtió que la forma de concebir la RMP oscila entre dos modelos: uno paternalista centrado en la autoridad del médico y otro que reconoce la autonomía de los pacientes o usuarios de los sistemas de salud. En los discursos de las entrevistadas se identificaron elementos propios de ambos modelos.

Frente al avance de las TIC en el campo de la salud, percibido como irreversible, las entrevistadas reafirmaron el valor de la práctica médica tradicional, la presencialidad en la atención de la salud y las cualidades irreemplazables de los profesionales de la salud en los procesos asistenciales. Las mismas aludieron no solo a su saber experto sino también a su experiencia, su capacidad de interpretación a la hora de realizar un diagnóstico, sus habilidades personales (tales como la predisposición a la escucha, la empatía y la calidez) y comunicacionales (como la capacidad de explicar con claridad y el manejo de la gestualidad y corporalidad en la comunicación). En este sentido, señalaron con malestar las dificultades enfrentadas, a partir de la incorporación de las TIC, para: encuadrar la atención de la salud en la consulta presencial; regular la información de la que disponen sus pacientes (en especial la información sobre salud); apropiarse de las nuevas tecnologías; valerse de sus conocimientos y experiencia para establecer relaciones de confianza con sus pacientes; ofrecer diagnósticos certeros a través de nuevos medios de comunicación; y desarrollar su práctica profesional en un entorno normativo poco claro en términos técnicos y médico-legales.

Sobre el último punto, las profesionales de la salud advirtieron con preocupación la falta de regulación de la salud digital y las dificultades para su implementación en el marco de la fragmentación y descentralización del sistema de salud argentino. Sin embargo, se refirieron a la incorporación de las TIC en el campo de la salud como un proceso en marcha al cual habría que adaptarse para obtener el mayor rédito posible. En este sentido, las críticas o limitaciones que identificaron y señalaron sobre la salud digital no fueron planteadas desde una postura crítica de rechazo sino más bien permeada de cierto optimismo sobre los cambios que podría potencialmente introducir. Sin embargo, en algunos casos, se mostraron un poco escépticas sobre las posibilidades concretas de que eso sucediera.

Por último, la emergencia sanitaria y socioeconómica provocada por la pandemia de COVID-19 habilitó algunas preguntas sobre los cambios que de cara al futuro se consolidarán efectivamente para dejar de ser una solución transitoria en materia de salud digital. En esos casos: ¿bajo qué modalidades tendrá lugar la incorporación de las TIC en salud?; ¿en qué procesos asistenciales es conveniente su incorporación?; y ¿en qué condiciones legales para los y las profesionales de la salud y pacientes/ usuarios de los sistemas de salud?. El contexto de la pandemia habilitó también preguntas sobre los efectos diferenciales de la misma en términos de género en lo que refiere a la feminización del sector salud, la seguridad social y provisión de cuidados (remunerados y no remunerados) y los riesgos de salud asociados a las brechas digitales de género (Belli y Suárez Tomé, 2021; Caro Sachetti y Díaz Langou, 2020). Es por eso que resulta central el enfoque de género a la hora de enfrentar los desafíos que implica la incorporación de las TIC en el campo de la salud, en particular en lo relativo a la salud y los derechos sexuales. Entonces ¿cómo implementar estrategias de salud digital que apunten a reducir las brechas digitales de género en el acceso, uso y desarrollo de las TIC?

En este contexto, los hallazgos de la presente tesis constituyen un aporte para reflexionar sobre la implementación de la salud digital a partir de las experiencias evocadas por los actores involucrados. Sobre todo, si tenemos en cuenta que la pandemia de COVID-19 aceleró el proceso de incorporación de las TIC en el campo de la salud, y que las entrevistas, realizadas antes del comienzo de

la misma, permiten conocer el estado de la situación en la que tuvo lugar dicho proceso de masificación de la salud digital. El análisis de las representaciones sociales, opiniones y percepciones de profesionales de la salud se plantea, entonces, como un aporte en este sentido, a partir de la articulación entre investigación e intervención social que está en la base del enfoque teórico y práctico de Comunicación y Salud (Lois, 2015; Petracchi y Rodríguez Zoya, 2018; Uranga, 2016).

En este sentido, y para concluir, considero que el aporte de la tesis es, a la vez, un punto de llegada y un punto de partida. Es un punto de llegada porque, después de haber atravesado por las distintas etapas del proceso de investigación arribó a hallazgos y conclusiones (mencionados previamente) sobre un tema novedoso, actual y potente para la salud colectiva, la dimensión comunicacional de la salud, la perspectiva de género y los derechos sexuales. También es un punto de partida para pensar nuevas investigaciones desde diferentes actores y perspectivas (pacientes/ usuarios de sistemas de salud, equipos de salud, entre otros) y en diferentes regiones del país y, sobre todo, es un punto de partida para fortalecer el proceso político y de gestión de las políticas públicas a partir de intervenciones basadas en hallazgos de investigaciones que problematicen la incorporación de las TIC en los procesos de cuidado y atención de la salud sexual.

Referencias bibliográficas

- Abric J. C. (1976). *Jeux, conflits et représentations sociales*. (Thèse d'État). Université de Provence.
- Abric, J. C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. En Guimelli, C. (Comp.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 73-84). Neuchâtel, Switzerland: Delachaux et Niestlé.
- Acuña, C. y Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. (Documento N° 60). <https://bit.ly/3AZgVc4>
- Albardonedo, M. V. (2020). Una experiencia signada por la mediación tecnológica en el Alto Valle de Río Negro y Neuquén. La consejería en salud y derechos sexuales TeA (Te Acompañamos). En: Petracci, M., Schwarz, P. K. N, y Rodríguez Zoya, P. G., *Comunicación y Salud. Emergencia y desafíos de eHealth* (pp. 159-175). Buenos Aires: Teseo.
- Alcántara López, R. (2015). Comunicación & Internet & Salud: puntas de un iceberg llamado e-salud. En: Del Pozo Cruz J. T., Román San Miguel A., Alcántara López R. y Domínguez Lázaro M. R. (Coords.), *Medios de comunicación y salud* (pp. 45-58). Sevilla: Astigi.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93-107.
- Amezcu, M. y Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública*, 76, 423-436.
- Antelo, V. S., Kohler, R. E., Curotto, M., Paolino, M. y Arrossi, S. (2020). Developing SMS content to promote Papanicolaou triage among women who performed HPV self-collection test: qualitative study. *JMIR Formative Research*, 4(3).
- Anzorena, C. C. (2021). Cuatro décadas de políticas de género en Argentina. Un recorrido por los cambios normativos de 1985 a 2020 desde una perspectiva feminista. En: Anzorena, C. C., Schwarz, P. K.N. y Yañez, S. S. (Comps.), *Reproducir y sostener la vida: abordajes feministas y de género del trabajo de cuidados* (pp. 37-62). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Ayres, J. R. (2018). El cuidado. Los modos de ser (del) humano y las prácticas de salud. En: Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A., Amuchástegui, A. y Pecheny, M. *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos* (pp. 111-139). Temperley: Teseo.
- Ayres, J. R., Paiva, V. y Buchalla, C. M. (2012). Direitos Humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. En: Paiva V, Ayres J. R. y Buchalla C. M. (Orgs.), *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro I: da doença à cidadania* (pp. 9-22). Curitiba: Editora Juruá.
- Barak, A. y Fisher, W.A. (2003). Experience with an Internet-based, theoretically grounded educational resource for the promotion of sexual and reproductive health. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(3), 293-308.
- Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. *Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano- Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*, 73.
- Belli, L. y Suárez Tomé, D. (2021). Las pandemias no son indiferentes al género: el impacto social de la COVID-19 desde una perspectiva feminista. En Bernabé, F. (Coord.) *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica, Vol. 2: Ciencia, género (s) y feminismo (s)* (pp. 437-461). Buenos Aires e São Carlos (Brasil): Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul (AFHIC).
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires:

Amorrortu.

- Bert, F., Passi, S., Scaioli, G., Gualano, M. y Siliquini, R. (2015). 'There Comes a Baby! What Should I Do? Smartphones' pregnancy-related applications: a web-based overview. *Health Informatics Journal*, 1-10.
- Besse, J. (2011). Capítulo 5. Proceso y diseño en la construcción del objeto de investigación: las costuras de Frankenstein o un entre-dos que no hace dos. En: Escolar, C. y Besse, J. (Coords.), *Epistemología fronteriza* (pp. 93-113). Buenos Aires: Eudeba.
- Bjelke, M., Martinsson, A. K., Lendahls, L. y Oscarsson, M. (2016). Using the Internet as a source of information during pregnancy. A descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*, 40, 187-191.
- Blázquez Barba, M., Gómez Romero, D., Frontaura Fernández, I., Camacho Ojeda, A., Rodríguez Salas, F. M. y Toriz Cano, H. (2018). Uso de Internet por los adolescentes en la búsqueda de información sanitaria. *Atención Primaria* 50 (9), 547-552.
- Bonder, G. (1998). Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente. *Género y epistemología: Mujeres y disciplinas*, 29-55.
- Bottinelli, M. M. (2015). Tensiones y desafíos en las relaciones entre salud y comunicación. En Kornblit, A. L., Camarotti, A. C. y Güelman, M. (Eds.). *X Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en Salud y Población* (pp. 77-100). Buenos Aires: Teseo.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Brown, J. L. (2011). Derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. En: Petracci, M.; Brown, J. L y Straw, C. (colabs.), *Derechos sexuales y reproductivos. Teoría, política y espacio público* (pp. 19-44). Buenos Aires: Teseo.
- Brown, J. L. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Buenos Aires: Teseo.
- Bruno, D., Zapezochny, V., Jait, A., Tufro, L., Casullo, C., y Deguer, C. (2011). Mapeo nacional de capacidades en comunicación y salud pública en Argentina. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(2), 5-18.
- Calderón, C. (2014). La Investigación Cualitativa en el ámbito de los Servicios de Salud en España: caminos recorridos y reflexiones desde el presente. *Forum Sociológico. Serie II*, 24, 39-45.
- Caro Sachetti, F. y Díaz Langou, G. (2020). *El enfoque de género en la respuesta a la pandemia: un análisis de estrategias subnacionales para abordar la emergencia*. (Documento de Trabajo N° 201). Buenos Aires: CIPPEC.
- Castaño, C. (2010). *Género y TIC. Presencia, posición y políticas*. Barcelona: UOC Ediciones.
- Causa, A. (2009). Género, pobreza y tecnologías. Travesías complejas de las mujeres ante la apropiación de las NTICs. *Revista Internacional de trabajo social y ciencias sociales*, 54, 1-6.
- Chen, E. y Mangone, E. R. (2016). A systematic review of apps using mobile criteria for adolescent pregnancy prevention (mCAPP). *JMIR mHealth and uHealth*, 4(4), e122.
- Cicourel, A. (1973). *Cognitive sociology*. New York: Free Press.
- Cófreces P., Ofman S. 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.
- Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2019). *Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Situación y respuesta 2016- 2018*. <https://bit.ly/37T0Urp>
- Costa F. (2012). Biopolítica informacional. Apuntes sobre el gobierno de los públicos en las

- sociedades de control. *Espacios Nueva Serie*, 7, 138-153.
- Cuberli, M. (2008). Perspectivas comunicacionales para pensar las prácticas en salud: pasado y presente de un campo en construcción. *Question/Cuestión*, 1(18).
- Cuberli, M., Arrossi, S., Paolino, M. y Sánchez Antelo, V. (2020). *Análisis comunicacional de una intervención basada en las TIC para la prevención de cáncer cervicouterino*. XV Congreso Latinoamericano de Ciencias de la Comunicación de la Asociación Latinoamericana de Comunicación (ALAIIC). <https://bit.ly/3pCZ9sK>
- Cuberli, M. y Soares de Araújo, I. (2015). Las prácticas de la comunicación y salud: intersecciones e intersticios. En: Petracci, M. (Coord.), *La salud en la trama comunicacional contemporánea* (pp. 21-33). Buenos Aires: Prometeo.
- De Ortúzar, M. G. (2018). Cobertura Universal de Salud-CUS-vs. Derecho a la Salud. Un análisis ético y político sobre lo "universal" en salud en "tiempos de restauración conservadora". *RevISE- Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12), 103-116.
- Di Marco, G. (2005). Políticas sociales y democratización. En Di Marco, G. y Faur, E. (Coords.), *Democratización de las familias* (pp. 139-164). Buenos Aires: UNICEF.
- Di Marco, G. (2012). Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina. *SER Social*. 14(30), 210-243.
- Durkheim, E. [1898(1996)]. Représentations individuelles et représentations collectives. En *Sociologie et Philosophie* (pp. 1-48). Paris: Presses Universitaires de France.
- Eiguchi, K. (2017). La feminización de la Medicina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 8(30), 6-7.
- Elicabe, E. (2020a). La eSalud en el campo de la salud sexual. En: Petracci, M., Schwarz, P. K. N. y Rodríguez Zoya, P. G., *Comunicación y Salud. Emergencia y desafíos de eHealth* (pp. 137-158). Buenos Aires: Teseo.
- Elicabe, E. (2020b). Tecnologías de Información y Comunicación en Salud Sexual. Aproximación a las investigaciones académicas y las políticas públicas en Argentina. *Question/Cuestión*, 2(66).
- Elicabe, E., Petracci, M. y Franganillo, V. (2016). *Las opiniones sobre la despenalización del aborto en la mira: tendencia, anclaje y firmeza*. XIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres, VIII Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. La Plata, Argentina. <https://bit.ly/3DgfXcg>
- Fernández, A. M. (2001). *El fin de los géneros sexuales*. Documentos Seminario Globalización y género. Dimensiones económicas, políticas, culturales y sociales. Tensiones, reacciones y propuestas emergentes en América Latina. PRIGEPP-FLACSO.
- Fraga, A. B. (2007). Corpos saudáveis à sombra do risco: escolhas, vida ativa e biopolítica informacional. En: Pedraza Gómez, Z. (Comp.), *Políticas y estéticas del cuerpo en América Latina* (pp. 331-355). Bogotá: UNIANDES.
- Fraser, N. (1997). Pensando de nuevo la esfera pública. Una contribución a la crítica de las democracias existentes. En *Iustitia Interrupta. Reflexiones desde la posición 'postsocialista'* (pp. 95-133). Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Freidin, B. y Najmias, C. (2011). Flexibilidad e interactividad en la construcción del marco teórico de dos investigaciones cualitativas. *Espacio abierto*, 20(1), 51-70.
- Giudice, O. F., Fauquex, J., Scotti, S. y Yelen, M. (2011). Protección de los Datos Personales de la historia clínica en Argentina y Uruguay e IHE XDS. *Journal of Health Informatics*, 3.
- Giussi Bordoni, M. V., Plazzotta F., Baum, A., Ilc, C. y González Bernaldo de Quirós, F. (2016). Elaboración e implementación de una agenda digital en atención primaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Journal of Health Informatics*, 787-798.
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Hawthorne: Aldine Publishing Company.

- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/ 6).
- Gomperts, R. J., Jelinska, K., Davies, S., Gemzell-Danielsson, K. y Kleiverda, G. (2008). Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 115(9), 1171-1178.
- Guevara Patiño, R. (2016). El estado del arte en la investigación: ¿análisis de los conocimientos acumulados o indagación por nuevos sentidos?. *Folios*, (44), 165-179.
- Jiménez- Pernet, J., Olry de Labry- Lima, A., Bermúdez- Tamayo, C., García- Gutiérrez, J.F. y Salcedo- Sánchez, M.C. (2010). Use of the internet as a source of health information by Spanish adolescents. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 10(6).
- Jodelet, D. (1991). Representaciones sociales: un área en expansión. En: Páez, D., San Juan, C., Romo, I. y Vergara, A., *Sida: Imagen y Prevención* (pp. 25-56). Madrid: Fundamentos.
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Cultura y representaciones sociales*, 3(5), 32-63.
- Kornblit, A. L. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Lagan, B. M., Sinclair, M. y Kernohan, W. G. (2011a). A web-based survey of midwives' perceptions of women using the Internet in pregnancy: a global phenomenon. *Midwifery*, 27(2), 273-281.
- Lagan, B. M., Sinclair, M. y Kernohan, W. G. (2011b). What is the impact of the Internet on decision-making in pregnancy? A Global Study. *Birth issues in perinatal care*, 38(4).
- Lamas, M. (1996). Introducción. En: Lamas, M. (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 9-20). México D. F.: Editorial UNAM.
- Laudano, C. N. (2018). Acerca de la apropiación feminista de TICs. En: Chaher, S. (Comp.), *Argentina: medios de comunicación y género. ¿Hemos cumplido con la plataforma de acción de Beijing?* (pp. 138-146). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Comunicación para la Igualdad Ediciones.
- Lois, I. (2015). Notas sobre las perspectivas, límites y desafíos de la comunicación y salud. En Kornblit, A. L., Camarotti, A. C. y Güelman, M. (Eds.). *X Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en Salud y Población* (pp. 77-100). Buenos Aires: Teseo.
- Lois, I. (2021). *Comunicar la salud sexual y reproductiva. Políticas, discursos y procesos institucionales en la Argentina de inicios del siglo XXI*. Buenos Aires: Teseo.
- Lois, I. y Petracci, M. (2014). Complejidad política de la comunicación de políticas públicas. Programa salud sexual y procreación responsable, Argentina. *Século XXI - Revista de Ciências Sociais*. 4(2), 269-299.
- Luna, D., Otero, P., Gomez, A., Martinez, M., García Martí, S., Schpilberg, M. y Quirós, F. (2003). *Implementación de una Historia Clínica Electrónica Ambulatoria: Proyecto ITÁLICA*. 6to Simposio de Informática en Salud-32 JAIIO (Vol. 32).
- Lupton, D. (2014a). Beyond Techno-Utopia: Critical Approaches to Digital Health Technologies. *Societies*. 4(4), 706-711.
- Lupton, D. (2014b). Quantified sex: a critical analysis of sexual and reproductive self-tracking using apps. *Culture, health & sexuality*, 17(4), 440-453.
- Lupton, D. y Maslen, S. (2017). Telemedicine and the senses: a review. *Sociology of Health & Illness*, 39(8), 1557-1571.
- Maceira, D. (2018). *Apuntes para un Debate sobre el Sistema de Salud Argentino* (Documento de Trabajo 144/2018). Buenos Aires: CEDES.
- Maceira, D. (2020). Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano. *Revista Estado y Políticas Públicas*, 14, 155-179.
- Marín-Torres, V., Aliaga, J. V., Miró, I. S., del Castillo Vicente, M. I. S., Polentinos- Castro, E.

- y Barral, A. G. (2013). Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 45(1), 46-53.
- Marti, M., Balladelli, P. P. y Gherardi A. (2014). Implementación de la Estrategia y Plan de Acción de eSalud en la República Argentina, 2011–2013. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 35(5/6), 432–6.
- Mateo, N. (2017). Los debates conceptuales respecto de la salud sexual y reproductiva: ¿un problema de derechos humanos?. *Trabajos y comunicaciones*, (46), e040-e040.
- McCarthy, O., Carswell, K., Murray, E., Free, C., Stevenson, F. y Bailey, J. V. (2012). What young people want from a sexual health website: Design and development of sexunzipped. *Journal of Medical Internet Research*, 14(5), 1-9.
- Mejía, R., Casal, E., Fayanás, R. y Pérez Stable, E. (2000). Encuesta a médicos clínicos y generalistas sobre el cuidado de la salud de la mujer. *Medicina y Sociedad*, 23(1), 37-44.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30, 451-464.
- Minayo, M. C. S. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. *Salud colectiva*, 6, 251-261.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Guía de identificación unívoca de personas en salud*. <https://bit.ly/3zXGCJ6>
- Moscovici, S. (1961/1976). *La psychanalyse, son image et son public*. París: Presses Universitaires de France.
- Naciones Unidas (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. <https://bit.ly/3jwYaXv>
- Natansohn, G. (2013). Introducción. ¿Qué tienen que ver las tecnologías digitales con el género?. En: Natansohn, G. (Coord.), *Internet en código femenino. Teorías y prácticas* (pp. 15-36). Buenos Aires: La Crujía.
- Nwosu, C. R. y Cox, B. M. (2000). The impact of the Internet on the doctor – patient relationship. *Health Informatics Journal*, 6, 156-161.
- Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho UBA. (2019). *Recomendaciones para el uso de datos en salud. Tratamiento legal y ético de los datos sanitarios individuales y masivos en salud*. Mesa de Diálogo, Seminario sobre Derecho y Salud del Instituto de Investigaciones “Ambrosio L. Gioja”. Dirección Académica: Marisa Aizenberg.
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2019). *Obstétricas. Formación y ejercicio. Estado de situación en Argentina*. <https://bit.ly/3gjTAda>
- Oliveri, N. (2010). Antecedentes y aplicaciones de salud electrónica en Argentina. En: Fernández, A. y Oviedo, E. (Eds.), *Salud electrónica en América Latina y el Caribe: avances y desafíos* (pp. 27-38). Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://bit.ly/3AjEWti>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Ginebra. <https://bit.ly/3oEiNnn>
- Organización Panamericana de Salud (2014). *Conversaciones sobre eSalud. Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud*. <https://bit.ly/3umipLc>
- Ortiz- Chacha, C. S., Blázquez- Morales, M. S. L., García- González, J., Duarte- Gómez, M. B., De- San- Jorge- Cárdenas, X. M. D. C. y Méndez- Main, S. M. (2018). Tecnologías de la información y comunicación para el cuidado y atención del embarazo en el primer nivel de atención. *Ciencia UAT*, 12(2), 40-53.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación* (Documento G.E. CLACSO N°4). Buenos Aires: CEDES.

- Pagliari, C., Sloan, D., Gregor, P., Sullivan, F., Detmer, D., Kahan, J. P. y MacGillivray, S. (2005). What is eHealth (4): A scoping exercise to map the field. *Journal of Medical Internet Research*. 7(1), 1-20.
- Park, E. y Kwon, M. (2018). Health-Related Internet Use by Children and Adolescents: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4).
- Pecheny, M. (2007). La ciudadanía sexual: derechos y responsabilidades relativos a la sexualidad y el género. En: Emiliozzi, S., Pecheny, M. y Unzué, M. (Comps.), *La dinámica de la democracia. Representación, instituciones y ciudadanía en Argentina* (pp. 281-301). Buenos Aires: Prometeo.
- Pecheny, M. (2020). Derecho a la salud y Covid-19 desde la perspectiva latinoamericana de la vulnerabilidad y los derechos humanos. En: Bohoslavsky, J.P. (Ed.), *Covid-19 y derechos humanos: la pandemia de la desigualdad* (pp. 199-214). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos.
- Pecheny, M. y Manzelli, H. (2018). El regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. Notas sobre ciencias sociales y salud. En: Paiva, V., Ayres, J. R., Capriati, A., Amuchástegui, A. y Pecheny, M. *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos* (pp. 305-339). Temperley: Teseo.
- Peñafiel, C., Ronco, M. y Echegaray, L. (2016). ¿Cómo se comportan los jóvenes y adolescentes ante la información de salud en Internet?. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 7(2), 167-189.
- Pérez- Lu, J. E., Bayer, A. M. y Iguñiz- Romero, R. (2018). Information= equity? How increased access to information can enhance equity and improve health outcomes for pregnant women in Peru. *Journal of Public Health*, 40(2), ii64-ii73.
- Petracci, M. (2004). *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Editorial Norma.
- Petracci, M. (2011). Opiniones y representaciones sociales de varones sobre aborto en Buenos Aires, Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 8, 10-35.
- Petracci, M. (2012). Comunicación y Salud: un campo diverso y pujante. *Organicom, Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas. Universidade de São Paulo*, 9 (26/17), 40-49.
- Petracci, M. (2015). Ámbitos público y mediático en Comunicación y Salud. *Correspondencias & Análisis*, (5), 268-287.
- Petracci, M. (2021). *e-Health: representaciones sociales, opiniones y prácticas de profesionales de la salud*, Ciudad de Buenos Aires, Argentina. En: Terrón Blanco, J.L., Peñafiel, C., Catalán, D. y Ramos Rodríguez, M. (Eds), *Comunicación y promoción de la salud en la era digital*. Madrid: Fundación Transparencia y Opinión.
- Petracci, M. y Cuberli, M. (2021). eHealth y pandemia Covid-19: nuevos tiempos para las relaciones entre médicos y pacientes. *Chasqui: Revista Latinoamericana de Comunicación*, (145), 281-300.
- Petracci, M. y Elicabe, E. (2021). Representaciones sociales de eHealth. En: Petracci, M., *eHealth entre luces y sombras*. Buenos Aires: Teseo. En prensa (enviado en octubre 2021).
- Petracci, M. y Kornblit, A. (2004). Representaciones sociales: una teoría metodológicamente pluralista. En: A. Kornblit (Coord.). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis* (pp. 91-112). Buenos Aires: Biblos.
- Petracci, M. y Pecheny, M. (2009). Panorama de derechos sexuales y reproductivos, Argentina 2009. *Argumentos. Revista de crítica social*, (11), 1-25.
- Petracci, M. y Rodríguez Zoya, P. G. (2018). *Comunicación y Salud: la investigación en el proceso de las políticas públicas*. Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M. y Rodríguez Zoya, P. (2020). Desafíos de la comunicación pública de epidemias a las políticas de salud en la Argentina. *Correspondencias & Análisis*, (11), 11-41.

<https://doi.org/10.24265/cian.2020.n11.01>.

- Petracci, M., Sánchez Antelo, V., Schwarz, P. K. N. y Mendes Diz, A. (2017). La relación médico-paciente en la indagación académica contemporánea. En: Petracci M., Schwarz, P. K. N. y Rodríguez Zoya, P. G., *Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* (pp. 105-181). Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M. y Schwarz, P. K. N. (2020). *eHealth*: un concepto, diversidad de prácticas. En: Petracci, M., Schwarz, P. K. N., y Rodríguez Zoya, P. G., *Comunicación y Salud. Emergencia y desafíos de eHealth* (pp. 17-36). Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M., Schwarz, P. K. N. y Rodríguez Zoya, P. G. (2020). *Comunicación y Salud. Emergencia y desafíos de eHealth*. Buenos Aires: Teseo.
- Petracci, M. y Waisbord, S. (Comps.) (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.
- Poorisat, T. y Chib, A. (2014). Internet as a sex education tool: A case study of an online Thai discussion board. En: Okigbo, C. C. (Ed.), *Strategic Urban Health Communication* (pp. 199-210). Springer Editors.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2018). *Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (s/f). *Agenda 2030. Objetivo 5: Igualdad de Género*. <https://bit.ly/2YlzaKF>
- Ramos, S. (2015). Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Resumen ejecutivo. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES.
- Ramos, S., Romero, M. y Aizenberg, L. (2015). Women's experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 4-15.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D. (2001). Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES.
- Rideout, V. (2001). Generation Rx. com: how young people use the internet for health information (a Kaiser Family Foundation Survey). Menlo Park: Kaiser Family Foundation.
- Rodríguez Zoya, P. G. (2017). Notas para pensar la complejidad del campo Comunicación y Salud. En: Petracci M., Schwarz P. K. N. y Rodríguez Zoya P. G., *Comunicación y salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* (pp. 13-68). Buenos Aires: Teseo.
- Sabanes Plou, D. (2013). Nuevos escenarios, viejas prácticas de dominación: la violencia contra las mujeres en la era digital. En: Natansohn, G. (Coord.), *Internet en código femenino. Teorías y prácticas* (pp. 107-121). Buenos Aires: La Crujía.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. CLACSO. <https://bit.ly/3CWRV6L>
- Schutz, A. y Luckmann, T. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Schwarz, P. K. N. (2016). Procesos de subjetivación en la atención de salud online. *Letra. Imagen. Sonido: Ciudad Mediatizada*, (15), 73-88.
- Schwarz, P. K. N. (2017a). *Jóvenes construyendo el escenario sexoafectivo virtual. Un estudio en usuarios de Ciudad de Buenos Aires y Córdoba*. XIII Jornadas Nacionales de Historia de las mujeres y VIII Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Universidad de Buenos Aires y Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, Argentina.

- Schwarz, P. K. N. (2017b). Mediaciones posmodernas: la atención online de la salud. En: Petracci M, Schwarz P. K. N. y Rodríguez Zoya P. G., *Comunicación y Salud. Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* (pp. 69-104). Buenos Aires: Teseo.
- Schwarz, P. K. N. (2020a). Autocuidados en la oferta de eHealth en Argentina desde una perspectiva de género y políticas públicas de salud. En: Petracci, M., Schwarz, P. K. N, y Rodríguez Zoya, P. G., *Comunicación y Salud. Emergencia y desafíos de eHealth* (pp. 117-136). Buenos Aires: Teseo.
- Schwarz, P. K. N. (2020b). *eHealth* y los datos digitales de salud. La dimensión invisible. En: Petracci, M., Schwarz, P. K. N, y Rodríguez Zoya, P. G. *Comunicación y Salud* (pp. 77-94). *Emergencia y desafíos de eHealth*. Buenos Aires: Teseo.
- Schwarz, P. K. N. y Mendes Diz A. M. (Coords.) (2013). *Sexualidades, género y otras relaciones políticas en el espacio virtual: oportunidades, desafíos y nuevas sociabilidades*. (Documento de Trabajo N° 68). Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Scott, J. (1986/1996). El género como categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, M. (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México D. F.: Editorial UNAM.
- Szwarc, L. y Salomé Fernández Vázquez, S. (2018). "Lo quería hacer rápido, lo quería hacer ya": tiempos e intervalos durante el proceso de aborto. *Sexualidad, Salud y Sociedad- Revista Latinoamericana*, 28, 90-115.
- Tajer, D. (2014). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas de salud. *Revista Sexología y sociedad*, 9(22).
- Tan, S. S. y Goonawardene, N. (2017). Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 19(1).
- Tessa, S. (1 de febrero de 2021). El derecho al aborto, con avances y obstáculos. *Página/12*. <https://bit.ly/38q9lWa>
- Tong, A., Sainsbury, P. y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
- Uranga, W. (2012). Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas. En: Rinaldi, L. (Coord.), *En el cruce de la política y la comunicación* (pp. 114-134). Buenos Aires: La Crujía.
- Uranga, W. (2016). *Conocer, transformar, comunicar*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Patria Grande.
- Uranga, W., Femia, G. y Díaz, H. (2002). *Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud*. II Congreso Nacional de Comunicación y Salud, La Paz.
- Van Den Heuvel, J. F., Groenhof, T. K., Veerbeek, J. H., Van Solinge, W. W., Lely, A. T., Franx, A. y Bekker, M. N. (2018). eHealth as the next-generation perinatal care: an overview of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 20(6).
- Villanueva, F. L. (2011). Salud e Internet: más allá de la calidad de la información. *Revista española de cardiología*, 64(10), 849-850.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.
- Von Rosen, A. J., Von Rosen, F. T., Tinnemann, P. y Müller-Riemenschneider, F. (2017). Sexual health and the Internet: Cross-sectional study of online preferences among adolescents. *Journal of Medical Internet Research*, 19(11), 1-10.
- Waisbord, S. (2015). Epílogo: perspectivas críticas en Comunicación y Salud: ideas para investigaciones futuras. En: Petracci, M. (Coord.), *La salud en la trama comunicacional*

contemporánea (pp. 141-151). Buenos Aires: Prometeo.

Wang, L., Valeriano, C., Cáceres, B., Villalba, L. y Vázquez, M. (2009). Promoción de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y prevención del VIH/sida en jóvenes de sectores populares a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación. *Actual. SIDA*, 17(66), 151-60.

Anexo I

Guía de pautas

Presentación

Título del Proyecto: eSalud y Comunicación. El impacto de la eSalud en la relación médico- paciente desde la perspectiva de ginecólogos/as y obstetras que se desempeñan en la red asistencial pública y/o privada de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Mi nombre es Emilia Elicabe. Soy Licenciada en Sociología, estudiante de la Maestría en Intervención Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, y Becaria de Maestría de dicha Universidad.

Para esta Beca estoy trabajando en el Proyecto Investigación: "eSalud y Comunicación. El impacto de la eSalud en la relación médico-paciente desde la perspectiva de ginecólogos/as y obstetras de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina", con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.

El objetivo del Proyecto es conocer las percepciones de médicos/as ginecólogos/as y obstetras respecto de los cambios que introducen las Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación en su práctica profesional.

Información de contacto:

E-mail: eeelicabe@gmail.com

Tel. 11-66888514

Consentimiento informado

Si usted acepta participar, responderá algunas preguntas en una entrevista cuya duración es de entre 30 y 45 minutos.

Se trata de conocer sus opiniones y experiencias sobre cuestiones vinculadas a su práctica profesional, por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas, y si hay alguna pregunta que lo incomode o no quiera contestar, no es preciso que lo haga.

Toda la información relevada será de carácter confidencial. Será utilizada únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Los resultados de este proyecto serán publicados con fines científicos. En la presentación de los mismos, ni quienes participen en las entrevistas ni la institución donde trabajan podrán ser identificados.

Si no le molesta preferiría grabar la entrevista dado que eso facilita luego el análisis.

¿Quisiera hacerme alguna pregunta antes de empezar?

Preguntas

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Género: *Tu género es...*

Mujer	Varón	Otro/a	Prefiere no contestar
1	2	3	99

2. Edad: *¿Cuál es tu edad?*

_____ (anotar la edad en números absolutos al momento de la entrevista)

3. Año de graduación: *¿Cuándo te graduaste?*

_____ (si no recuerda el año exacto, pedirle que elija el más aproximado)

4. Años de ejercicio profesional: *¿Desde qué año ejerces tu profesión?*

_____ (si no recuerda el año exacto, pedirle que elija el más aproximado)

5. A completar después de la entrevista

10 o menos	11 a 25	26 y más
1	2	3

6. Máximo título académico alcanzado: *¿Cuál es el máximo grado académico alcanzado?* (leer opciones)

Universitario	Especialidad	Maestría	Doctorado	Otro
1	2	3	4	

7. Especialidad: *¿Cuál es tu especialidad?*

Ginecología	Obstetricia	Gineco y obstetricia	Otra (especificar)
1	2	3	4

8. *¿Trabaja en...?* (Leer opciones y tildar las que el/la profesional responda. Puede ser múltiple)

Público Hospital	Público- Centro de salud y atención comunitaria	Privado	Obras sociales
1	2	3	4

9. De los mencionados *¿Ud. considera que su principal lugar de trabajo es...?* (Marcar una sola respuesta)

Público Hospital	Público- Centro de salud y atención comunitaria	Privado	Obras sociales
1	2	3	4

II. REPRESENTACIONES SOCIALES

1. *¿Escuchaste hablar sobre eSalud/ eHealth?*

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

Independientemente de la respuesta empezar el bloque de representaciones sociales.

2. Si te digo eSalud/ eHealth *¿qué palabra o palabras se te ocurren?*

Términos evocados	3. Vos dijiste ... <i>¿Qué significa para vos en relación con la eSalud/ eHealth?</i>	4. <i>¿Cuál de todas las palabras que dijiste es más importante/ significativa para vos en relación con la eSalud/ eHealth?</i>

III. PERCEPCIONES Y USOS de la eSalud

1. Pensando en la última década ¿Crees que ha habido cambios en la RMP?
2. ¿Qué cambios?
 - 2.1. ¿Dirías que estos cambios son?

POSITIVOS (1)	Positivos y negativos (2)	NEGATIVOS (3)
---------------	---------------------------	---------------

- 2.2. ¿Por qué?
- 2.3. ¿Tiene algo que ver las TIC con estos cambios?
- 2.4. Si piensa que hay alguna diferencia por especialidad
3. ¿Cuáles son los cambios en la práctica médica general? ¿Y en las prácticas de los/as pacientes? ¿En tus propias prácticas?
4. ¿Utilizas TIC en tu trabajo cotidiano?

SÍ (1)	NO (2)
4.1 ¿Cuáles y cómo?	4.4 ¿Por qué no?
4.2 ¿Lo haces por iniciativa propia o porque la institución en la que trabaja te lo demanda?	
4.3 ¿Hay alguna experiencia que quisieras mencionar/ destacar por lo positivo o negativo?	

5. Sobre el WhatsApp en particular: ¿Lo usas para trabajar?

SÍ (1)	NO (2)
5.1. ¿Cómo? ¿Cuántas consultas a pacientes respondes por esa vía diariamente?	5.2. ¿Por qué no?

6. ¿Existe para vos alguna diferencia entre usar TIC en cuestiones que tienen que ver con la rutina y el control (como por ejemplo la entrega de estudios) y usarlas en aquellas situaciones que se vinculan a eventos de salud que exceden al control?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

6. 1. ¿Por qué?
7. ¿Tus pacientes manifiestan buscar información en Internet o aplicaciones móviles sobre salud sexual?

SÍ (1)	NO (2)
7.1. ¿Como soles responder cuando te comentan lo que buscaron?	7.2. ¿Crees que lo hacen aunque no te lo comenten?

8. ¿Notas alguna diferencia en el uso de Internet y/o aplicaciones para teléfonos móviles entre tus pacientes de diferentes edades?

SÍ (1)	NO (2)
8.1. ¿Qué diferencias notas?	

9. ¿Cree que el acceso a información Online sobre salud sexual tiene alguna influencia en la relación con tus pacientes?

SÍ (1)	NO (2)
9.1. ¿Consideras esa influencia positiva (1) o negativa (3) en términos generales? Positiva y negativa (2)	9.2. ¿Por qué no?

10. ¿Le recomendarías a tus pacientes que usen Internet si tienen dudas sobre un tema de salud?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

10. 1. ¿Por qué?

11. ¿Consideras que debes debatir con los pacientes el uso de Internet para acceder a información sobre su salud?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

11. 1. ¿Por qué?

12. ¿Cómo esperas que sus pacientes manejen durante la consulta eso que saben, porque buscaron en Internet, sobre una determinada situación de salud?

13. ¿Cree que existe en el manejo de esa información alguna influencia del discurso feminista propio del "clima de época"?

SÍ (1)	NO (2)
--------	--------

13.1. ¿Por qué?

IV. OPINIONES Y ACTITUDES

1. Existe una idea extendida de que uno de los beneficios que ofrece la eSalud es la autonomía de los pacientes/ usuarios en el cuidado y atención de su salud, al respecto estás...

Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC
5	4	3	2	1	99

1.1. ¿Por qué?

2. Se habla de que existe un nuevo modelo de paciente, se trata de un paciente informado, activo, empoderado ¿Qué opinas sobre este tema?
3. ¿Este “nuevo paciente” se ve en los consultorios?

Sí (1)	NO (2)
3.1. ¿Crees que este nuevo modelo de paciente introduce cambios en la RMP?	3.2. ¿Por qué no?

4. Si te digo que en cuestiones vinculadas a la sexualidad Internet es una importante fuente de consulta, dada la confidencialidad y anonimato que ofrece, ¿Estás...?

Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC
5	4	3	2	1	99

4.1. ¿Por qué?

5. En el caso de Argentina, con el marco legal restrictivo que rige en torno al aborto ¿Qué lugar crees que ocupa Internet en tanto fuente de información al respecto?
6. La OMS lanzó hace unas semanas una guía de recomendaciones sobre salud digital ¿Lo sabías? ¿Tuviste la oportunidad de leerla o saber algo al respecto?

Sí (1)	NO (1)
6.1. ¿Qué opinas sobre la Guía? ¿Crees que constituye un aporte a la práctica médica en salud digital?	

7. ¿Te resultan relevantes este tipo de Publicaciones de la OMS?

Sí (1)	NO (2)
--------	--------

7.1. ¿Por qué?

8. Esta Guía sostiene que las intervenciones de salud digital son complementarias y no sustitutivas, y que además hay limitaciones importantes respecto del alcance de este tipo de estrategias. ¿Estás...?

Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Muy en desacuerdo	NS/NC
5	4	3	2	1	99

8.1. ¿Por qué?

9. Existen algunas limitaciones de la eSalud que generan preocupación, entre ellas se cuestiona por ejemplo que no todos tienen las mismas posibilidades de acceso a las tecnologías en salud digital, ¿Qué opinas al respecto?
10. ¿Considera que esto es un problema que se evidencie en la práctica médica?

11. ¿Qué opinas respecto de la calidad de la información sobre salud que circula en Internet?

12. ¿Crees que se trata de una cuestión relevante en cuanto a tu actividad profesional?

SÍ (1)	NO (2)
12.1 ¿Qué crees que podría hacerse al respecto?	

13. ¿Conoces alguna iniciativa pública y/o privada en materia de intervención en salud digital?

SÍ (1)	NO (2)
13.1. ¿En qué consiste?	

14. ¿Conoces alguna política pública sobre salud digital?

SÍ (1)	NO (2)
14.1. ¿En qué consiste? ¿Cómo supiste que existía?	

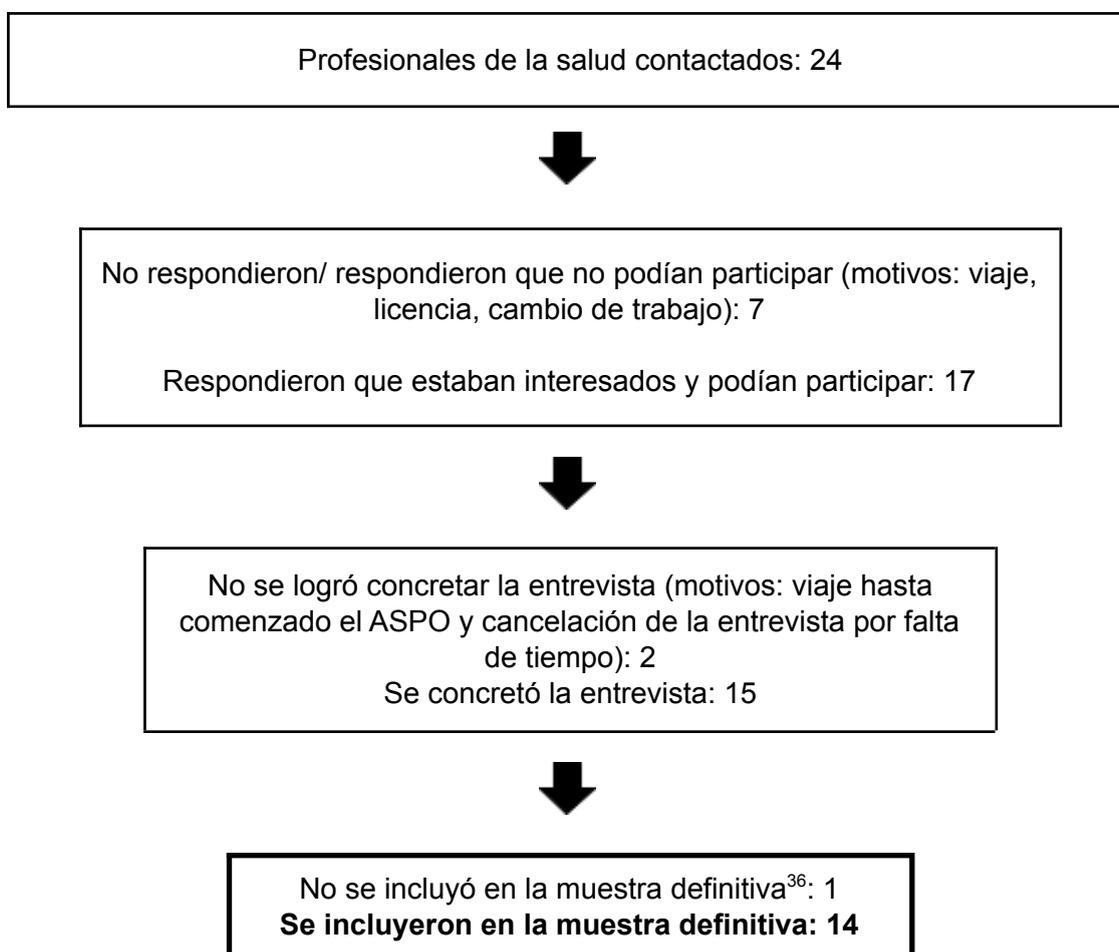
15. Mencionar el Chat Crecer (info. al respecto en hoja aparte).

16. En lo que hace en particular a su práctica profesional, ¿Crees que existe alguna cuestión que debería ser tomada en cuenta al formular políticas públicas en salud digital en materia de salud sexual.

Anexo II

Contacto con los y las entrevistadas

Cuadro 1. Desarrollo del proceso de contacto con los entrevistados



³⁶ En la sección 3.3 *Trabajo de campo y conformación de la muestra* del Capítulo 3 se desarrollan los motivos por los cuales se consideró más apropiado que integren la muestra definitiva las 14 entrevistadas mujeres y dejar por fuera de la misma al único entrevistado varón (un médico de 68 años).

Anexo III

Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 1. Características de la muestra definitiva

PROFESIONALES DE LA SALUD					
N°	Género	Edad	Antigüedad	Especialidad	Principal lugar de trabajo
1	M	64	≥ 26	Tocoginecología	Consultorio privado
2	M	38	11-25	Obstetricia	Centro de salud privado
3	M	58	≥ 26	Tocoginecología	Hospital Público
4	M	27	≤ 10	Res. Tocoginecología	Centro de salud privado
5	M	28	≤ 10	Res. Tocoginecología	Hospital Público
6	M	26	≤ 10	Res. Obstetricia (Lic.)	Hospital Público
7	M	51	≥ 26	Trabajo Social (Lic.)	CeSAC
8	M	61	≥ 26	Ginecología	Consultorio privado
9	M	27	≤ 10	Res. Tocoginecología	Hospital Público
10	M	57	≥ 26	Tocoginecología	Hospital Público
11	M	27	≤ 10	Jefa Res. Obstetricia (Lic.)	Hospital Público
12	M	38	≤ 10	Medicina General	Hospital Público
13	M	45	11-25	Ginecología	Centro de salud privado
14	M	35	≤ 10	Tocoginecología	Centro de salud privado

Referencias. Res.: Residencia. CeSAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria.

Anexo IV

Representaciones Sociales de la eSalud/eHealth

Tabla 2. Palabras asociadas con el término inductor eSalud/ eHealth

Palabra	Frecuencia de evocación				Jerarquización
	Total	1° lugar	2° lugar	3° lugar o +	
Internet	5	4		1	1
Tecnología	4	2	2		1
Información	3	2		1	2
Salud	3	1	2		
Página de Internet	2	2			
Plataforma/s virtuales	2		2		
Acceso	1	1			1
Computación	1	1			
Control	1	1			1
Aplicación	1		1		
Comunicación	1		1		
Datos	1		1		
Desinformación	1		1		
Foros	1		1		
Monitoreo	1		1		
Web de consultas	1		1		
Blogs	1			1	
Celular	1			1	
Complemento	1			1	1
<i>E-mail</i>	1			1	
Evaluación	1			1	
Falta de control	1			1	
Google de la medicina	1			1	
Herramientas	1			1	
Innovación	1			1	1
Interacción digital	1			1	1
Médicos en línea	1			1	
Redes sociales	1			1	
Sobreinformación	1			1	
Telemedicina	1			1	
Virtual	1			1	
Total de palabras/ menciones	31/ 44				
Total de entrevistadas	14				
Promedio de menciones	3.14				

