

2025

# **DISPOSITIVO PARA EXAMEN FÍSICO REMOTO EN ZONAS RURALES PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

AETS Mendoza



## SECCIONES DE ESTE DOCUMENTO

I. RESUMEN

II. INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA

### I. RESUMEN

**Introducción:** La teleconsulta, como modalidad de telemedicina, para zonas rurales permitiría mejorar el acceso a la atención sanitaria. El presente informe se elabora considerando la postulación recibida en la convocatoria anual de la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria de Mendoza (AETS) sobre la incorporación de dispositivo para examen físico remoto en Centros de Atención Primaria de la Salud o Postas Sanitarias de la provincia de Mendoza. **Tecnología:** dispositivo “Todo en Uno” de OPS (plataforma de software de código abierto para gestionar teleconsultas y realizar registro clínico, y kit de dispositivos médicos digitales). Permite evaluación y/o diagnóstico sincrónico por teleconferencia o asincrónico. **Objetivos:** Evaluar la eficacia del examen físico a distancia en pacientes que consultan en el primer nivel de atención de zonas rurales del sistema de salud mendocino del subsector estatal. Estimar los efectos en el gasto en salud e implicancias organizacionales, salud pública y equidad. **Metodología:** Se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada a partir de pregunta PICO, la valoración crítica de la evidencia considerando la calidad de los estudios, la magnitud de los efectos, según desenlaces priorizados. Se estimó el impacto presupuestario en el subsector estatal de Mendoza. Se valoró el impacto en la equidad y salud pública de su incorporación. **Resultados:** se evaluaron validez clínica y viabilidad del examen físico remoto, prevención de traslados y calidad de atención/percepción de usuarios como desenlaces en base a 2 estudios. Además, se seleccionaron 3 evaluaciones económicas y 12 documentos de recomendaciones. El efecto en la salud sería incierto. El impacto sobre el gasto público sería inferior al umbral, y sobre la salud pública y la equidad probablemente positivo. **Conclusiones:** La evidencia científica sobre telemedicina con dispositivos para el examen físico remoto es heterogénea y debe desarrollarse en forma complementaria a la consulta presencial según niveles de asistencia sanitaria. El examen físico remoto podría mejorar el acceso a la atención en zonas rurales, teniendo en cuenta aspectos propios de la tecnología, seguridad, éticos y legales en su aplicación. Existen aspectos de implementación a considerar, como monitoreo por indicadores locales de resultado de un desarrollo piloto y cogestión junto a la Red de Telemedicina previo a decidir su expansión a zonas rurales de la provincia de Mendoza.

**Fecha de publicación:** 23-12-25.



## II. INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA SANITARIA: DISPOSITIVO PARA EXAMEN FÍSICO REMOTO EN ZONAS RURALES PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

El presente informe de evaluación se elabora considerando la tecnología postulada en la convocatoria 2025 de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), respecto de la pertinencia de incorporación de dispositivo para examen físico remoto para prevención, diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas en zonas rurales en el primer nivel de atención, del subsector estatal de la provincia de Mendoza.

La presente evaluación forma parte del plan anual de evaluaciones priorizadas, según lo establece el Art. 1° del Decreto Reglamentario de la Ley 9.547 (Decreto N° 1.777/24).

### Contenido

<b>1- Introducción</b>	<b>4</b>
<b>Consulta recibida</b>	<b>6</b>
<b>2- Tecnología</b>	<b>6</b>
<b>3- Objetivos y preguntas de investigación</b>	<b>7</b>
<b>4- Metodología</b>	<b>9</b>
<b>5- Resultados</b>	<b>9</b>
<b>5.1- Búsqueda bibliográfica</b>	<b>9</b>
<b>5.2- Efectos para la salud</b>	<b>10</b>
<b>5.3- Otros informes de ETS</b>	<b>13</b>
<b>5.4- Guías de práctica clínica y políticas de cobertura</b>	<b>13</b>
<b>5.5- Impacto sobre el gasto público</b>	<b>16</b>
<b>5.5.1- Estimación de la población objeto</b>	<b>16</b>
<b>5.5.2- Costos de la tecnología</b>	<b>16</b>
<b>5.5.3- Estimación del impacto presupuestario</b>	<b>18</b>
<b>5.6- Impacto en la equidad</b>	<b>19</b>
<b>5.7- Impacto en la salud pública</b>	<b>21</b>
<b>5.8- Aspectos de implementación</b>	<b>21</b>
<b>6- Contribuciones de consulta pública</b>	<b>22</b>
<b>7- Conclusión</b>	<b>22</b>
<b>8- Valoración realizada</b>	<b>23</b>
<b>9- ANEXO I</b>	<b>24</b>
<b>10- Glosario</b>	<b>25</b>
<b>11- Bibliografía</b>	<b>26</b>



## 1- Introducción

Los pacientes que viven en zonas rurales pueden enfrentar barreras de acceso a servicios de la atención primaria de la salud por las grandes distancias hasta los servicios de atención médica en comparación con los pacientes de zonas urbanas, también el equipo de profesionales o trabajadores de la salud es más pequeño en la zona rural.<sup>1</sup> Los residentes en áreas rurales están en desventaja cuando se trata de recibir atención médica oportuna y acceder a la información médica más reciente.<sup>2</sup>

En las zonas rurales el 70% de la población recurre habitualmente al sistema público de salud; el mayor porcentaje de la población en las zonas rurales se atiende en hospitales públicos (47%) y en centros de salud (24,6%). En Mendoza según la Encuesta de Condiciones de Vida 2022, el 15,2% de la población (n= 309.670/2.030.773) vive en zona rural (reside en localidades con menos de 2.000 habitantes) y la distancia promedio de las viviendas rurales a servicios y espacios públicos por región es de 3,1 km. El 74,5% de la población rural mendocina vive en zona rural dispersa, es decir que no reside en una localidad censal.<sup>3</sup>

Actualmente, en Mendoza, existen 40 postas sanitarias (Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza, Resolución N° 4.255/25), establecimientos de Primer Nivel de Atención responsables de satisfacer las necesidades de salud de la población de referencia a través de una atención integral ambulatoria con énfasis en aspectos preventivos y promocionales, que cuentan con prestaciones asistenciales básicas dadas por enfermería y agentes sanitarios en zonas rurales (Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza, Resolución N° 1.164/25).<sup>4, 5</sup>

En Argentina existe una Red Nacional de Telesalud desde el año 2016 que permitió interconectar una red de instituciones de salud a través de una plataforma de gestión, con oficinas de comunicación a distancia.<sup>6</sup> La Ley 27.553 establece que pueden utilizarse plataformas de teleasistencia en salud previamente habilitadas para tal fin y autorizadas por la autoridad de aplicación, en todo el territorio nacional, de conformidad con la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales y la Ley 26.529 de Derechos del Paciente.

En Mendoza, el primer proyecto de Telesalud data del 2010 y existe una Red pública de Telesalud que comenzó a aplicarse en 2017 con consultas en dermatología, pediatría y cardiología dirigidas a los hospitales Lagomaggiore, Notti y Central respectivamente.<sup>7</sup> El sistema de telesalud está incluido en el Plan Provincial de Salud 2024-2030 (Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deporte de Mendoza, Resolución N° 4.265/19) en la línea estratégica N° 2 de Transformación digital y sistemas de información integrados, dirigidas a brindar servicios de atención sanitaria a distancia, disminuir las brechas de atención y tiempos de espera y mejorar el acceso, entre otros.<sup>8</sup> Actualmente están funcionando de forma asincrónica las redes de telecardiología, teledermatología, teleneumonología, telegastroenterología y teleoftalmología y de forma sincrónica Telesalud Mental, programa de seguimiento en rehabilitación (Hospital Lencinas) y red de consulta para el abordaje del



Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico agudo, entre otras (Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deporte de Mendoza, Resolución N° 003443/23).

Existe una plataforma de Telesalud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) denominado “Todo en Uno” planteado para centros de atención primaria y manejo de enfermedades no transmisibles, que incluye un programa o software, un kit de dispositivos médicos y capacitación. Se desarrolló sobre la base de estándares internacionales de interoperabilidad y se ofrece a los países como un bien público digital desarrollado con tecnologías de código abierto que se pueden adaptar de acuerdo a las necesidades y modelos de atención. Además, permite la incorporación y conexión con módulos preexistentes o desarrollados por terceros.

El desarrollo de la telemedicina (TM) para la atención sanitaria rural es un fenómeno aún poco estudiado, se observa en países de gran dimensión para brindar atención sanitaria en zonas no atendidas por hospitales locales y alejadas de los centros urbanos (en Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.), Australia, Canadá, India y China). También en países que aspiran a proporcionar cobertura universal de atención sanitaria en el punto de servicio a la par de disminuir los costos de la atención sanitaria (Reino Unido, Alemania, Italia, Sudáfrica y España).<sup>9</sup> En zonas remotas y rurales podría permitir la evaluación de pacientes y mejorar el acceso a la atención. Aunque es menos probable que se realice TM en zonas rurales que en entornos urbanos.<sup>1, 10</sup>

En Australia, los usuarios de telesalud de comunidades rurales y remotas, coincidieron que era ideal para situaciones sencillas, rutinarias o no agudas, y para mantener la continuidad de la atención en enfermedades crónicas; valoraban la disponibilidad de la telesalud pero no deseaban que reemplace la atención presencial.<sup>11</sup>

Los principales desafíos de aplicar tecnología de salud digital en zonas rurales es la conectividad a la red de Internet, alfabetización digital, confianza y educación del paciente en el uso de dispositivos digitales y la tecnología. Se deben tener en cuenta requisitos de seguridad, éticos y legales básicos, la protección de datos de los pacientes; entre otras.<sup>1, 2, 12</sup>

Una revisión sobre examen físico virtual (EFV) en todos los entornos sanitarios durante la pandemia COVID-19, encontró que los pacientes en general se mostraron satisfechos con las exploraciones musculoesqueléticas y oftalmológicas y con las autoexploraciones tras recibir capacitación práctica. Para los médicos el EFV por videoconferencia fue aceptable, les proporcionó suficiente información clínica para tomar decisiones y fue de fácil uso. Los obstáculos citados para su realización fueron los problemas tecnológicos, dudas sobre su eficacia, nivel de confianza de los asistentes, estado de salud de los pacientes, su alfabetización en salud, la seguridad y la privacidad. El EFV puede ser útil, práctico y valioso, pero no sustituye totalmente al examen físico presencial.<sup>13</sup>



Una revisión bibliográfica reporta que la confiabilidad del EFV es alta cuando se trata de explorar: presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, peso; inspección de cabeza y cuello, pabellón auricular y nariz, ictericia o palidez conjuntival, movimientos extraoculares; uso de músculos respiratorios accesorios y aleteo nasal; cicatrices y distensión abdominal; rango de movimiento en el sistema músculo-esquelético; estado mental, conciencia, lenguaje, habla y baja en otros sistemas.<sup>14</sup> Según otra revisión bibliográfica no es posible establecer qué componentes del EFV son más eficaces.<sup>15</sup>

El examen físico virtual tiene limitaciones y existen datos limitados sobre su validez comparado con el tradicional o presencial. Quedan preguntas por responder: qué pacientes son los más adecuados para esta modalidad, ventajas y limitaciones de la atención médica remota, necesidad de tener un examen presencial de referencia previo.<sup>16</sup>

### Consulta recibida

Incorporación de dispositivo para examen físico remoto para prevención, diagnóstico y seguimiento de pacientes en zonas rurales, en el primer nivel de atención, del subsector estatal de la provincia de Mendoza. Fue una de las tecnologías priorizadas para ser evaluadas por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Mendoza (AETS) en el año 2025. En la tabla 1 se detalla la consulta recibida.

**Tabla 1: Tecnología sanitaria priorizada por consulta pública.**

SOLICITANTE	CONSULTA RECIBIDA	PROBLEMA DE SALUD
Decisor sanitario primer nivel de atención, Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza.	Incorporación de dispositivo para examen físico remoto en Centros de Atención Primaria de la Salud o Postas Sanitarias de la provincia de Mendoza.	Prevención, diagnóstico y seguimiento de pacientes de zonas rurales.

## 2- Tecnología

El dispositivo “Todo en Uno” de OPS incluye una plataforma de software de código abierto para la gestión de teleconsultas y el registro clínico (uso integrado e interoperabilidad que transmite directamente al registro clínico sin necesidad de transcripción) y un kit de dispositivos médicos digitales que se disponen en un maletín, diseñados para aplicaciones portátiles y ultraportátiles, lo que garantiza flexibilidad y adaptabilidad a diferentes entornos. Este dispositivo se toma como el modelo estándar comparado a similares utilizados en el área de salud. Se trata de un bien público digital.<sup>1\*</sup>

<sup>1\*</sup> Software de código abierto, datos abiertos, modelos de IA abiertos, estándares abiertos y contenido abierto que respeta la privacidad y otras leyes y mejores prácticas aplicables, no causa daño y ayuda a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas.



El telekit básico incluye:

- Monitor multiparamétrico para signos vitales (frecuencia cardiaca, la presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y glucemia). (Razón social: BIOMED MEDICAL DEVICES S.R.L., marca: Creative Medical/Shenzhen Creative, modelo: PC-102 PC-303, PM: 2181-22).<sup>17</sup>
- Electrocardiograma (razón social: AGIMED S.R.L., marca: Edan, modelo: SE-1200 Express, PM: 1365-297). Se encontraron 7 registros en el sistema de registro de productos médicos helena.anmat.gov.ar y se seleccionó el más actualizado.<sup>18</sup>
- Ultrasonido (razón social: DIGIMED S.A., marca: Edan, modelo: Acclarix AX3, PM: 1110-79). Se encontraron 12 registros en el sistema de registro de productos médicos helena.anmat.gov.ar y se seleccionó el más actualizado.<sup>19</sup>
- Estetoscopio digital.
- Cámara digital manual que permite su uso como dermatoscopio u otoscopio.
- Estadiómetros para adultos y pediátrico.
- Balanza (Medical grade).
- Espirómetro.

Estos últimos componentes no registran detalle de PM.

El modelo básico no incluye monitor fetal (módulo maternidad) y máquina de rayos X portátil (módulo de rayos X). En el ANEXO I se adjuntan las ilustraciones del contenido.

Se requiere una persona capacitada del equipo de salud para utilizar el kit de dispositivos en el examen del paciente. Luego, los datos se transmiten por la plataforma a la historia clínica del paciente y el médico recibe la información en tiempo real, de manera sincrónica por teleconferencia o de forma asincrónica, para la evaluación y/o diagnóstico. Para ello, se precisa la disponibilidad de conectividad a internet para el uso efectivo del kit y, como requerimiento mínimo, un servidor de 2 núcleos o VPS de 4 núcleos con 2 GB de RAM y 10 GB de espacio en disco para la instalación del software.<sup>20</sup>

La OPS, a su vez, dispone de programas, cursos virtuales y plataformas para capacitar en telesalud y documentos técnicos y bibliografía de referencia para la correcta manipulación de los instrumentos.

Uno de los modelos del dispositivo, fabricado por Lepu Medical, se encuentra disponible a un precio de USD 670 según el catálogo de kits de la OPS por medio del acuerdo con los Fondos Rotatorios (consulta: noviembre 2025) (ver sección 5.5.2).<sup>21</sup>

### 3- Objetivos y preguntas de investigación

Objetivos:



- Evaluar la eficacia del examen físico a distancia o remoto en pacientes que consultan en el primer nivel de atención de zonas rurales del sistema de salud mendocino del subsector estatal.
- Estimar los efectos en el gasto en salud e implicancias organizacionales, salud pública y equidad.

Preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la eficacia del dispositivo de examen físico remoto en población rural?
- ¿Cuál es el uso de recursos, impacto en la salud, en la equidad ante la incorporación de dispositivos para examen físico remoto en población rural del subsector estatal de la provincia de Mendoza?

En la tabla 2 se formuló la pregunta de investigación en formato PICO y se realizó la búsqueda bibliográfica controlada.

**Tabla 2: Pregunta de investigación en formato PICO y criterios de elección de los estudios.**

<b>POBLACIÓN</b>	Población rural del subsector estatal del sistema de salud mendocino.
<b>INTERVENCIÓN</b>	Examen físico remoto mediante equipamiento médico portátil y plataforma de comunicación digital en consultas ambulatorias no urgentes en el primer nivel de atención de zonas rurales.
<b>COMPARADOR</b>	Examen físico médico presencial (estándar de referencia)*.
<b>RESULTADOS</b>	Eficacia: -Validez clínica del examen físico remoto. -Viabilidad operativa. -Prevención del traslado a centro de referencia. -Calidad de la atención.
<b>ESTUDIOS</b>	Revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos clínicos controlados aleatorizados, guías de práctica clínica, informes de ETS, evaluaciones económicas, estudios clínicos en curso, políticas de cobertura, revisiones de alcance.

PICO: población, intervención, comparador y resultados (por outcome del inglés).

\*Estándar de referencia o patrón de oro: es un método, procedimiento o medición generalmente aceptado como el mejor de su clase, con respecto al cual deben compararse las intervenciones nuevas.

Definición de desenlaces:<sup>22</sup>

**Validez clínica:** grado en que el examen físico mide lo que pretende medir. Incluye la concordancia del examen físico remoto y el presencial, expresado en porcentaje de casos que coinciden, sensibilidad (casos que se identifican con el examen físico remoto y que concuerda con el estándar (examen físico presencial) y especificidad del examen físico remoto (capacidad para detectar a los no enfermos con el examen físico remoto y que coincide con



el resultado del estándar de referencia) y la confiabilidad: grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales.

**Viabilidad:** probabilidad de que el examen físico remoto pueda llevarse a cabo con éxito. Incluye la gestión, recopilación, almacenamiento y transferencia electrónica del examen físico con la información de pacientes según estándares de confidencialidad y seguridad de los datos.<sup>23</sup>

**Prevención del traslado a centro de referencia:** medida en que el examen remoto permite evitar la transferencia de paciente desde el primer nivel de atención de zonas rurales a institución de la red de atención médica del sistema de salud mendocino para completar el tratamiento médico, realizar exámenes complementarios o internarse. Estaría relacionado con la capacidad de la intervención de reducir barreras de acceso a atención oportuna.

**Calidad de la atención:** expresada como percepción de profesionales de la salud y de los usuarios respecto al examen físico remoto.

Categorización de los desenlaces:

- Desenlaces considerados importantes: validez clínica y viabilidad.
- El resto de los desenlaces no fueron considerados críticos.

#### 4- Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA), Revisiones sistemáticas (RS), Metaanálisis, guías clínicas, informes de ETS, Evaluaciones económicas y políticas de cobertura en bases de datos como: Pubmed, Cochrane, Epistemonikos, BRISA. Se consultaron fuentes de agencias de ETS de la Región (BRISA) e internacionales (NICE, Canadian Drugs Agency, CONETEC-Argentina, IECs-Argentina, CONITEC-Brasil), fuentes regulatorias (ANMAT, FDA, EMA) como así también registros de ensayos clínicos en curso (clinical trials) y políticas de coberturas.

La búsqueda bibliográfica incluyó términos que se combinaron de diversas maneras: rural areas, primary health care, telemedicine, remote, remote device, medical examination, medical physical examination, remote physical examination, physical examination, virtual physical examination, compared in person or face-to face, cost or economic evaluation and telemedicine, en Scholar google, Pubmed y Cochrane entre los meses de julio y octubre de 2025. Luego se realizó una búsqueda adicional y se encontraron 1 revisión de alcance y 2 evaluaciones económicas.

Se realizó la consulta al profesional solicitante de la tecnología para ampliar información sobre lo solicitado y a responsables de Telesalud de la provincia de Mendoza.



## 5- Resultados

### 5.1- Búsqueda bibliográfica

La búsqueda arrojó un total de 222 documentos, se eliminaron 34 duplicados y se excluyeron los que referían a alguna patología, órgano, parte anatómica o sistema en particular, o se refería a rehabilitación o tratamientos, que no cumplían los criterios de inclusión y la pregunta formulada.

Se incluyen en este informe la revisión sistemática y metanálisis de Leo y col., un estudio aleatorizado de diseño cruzado de Verma y col. en población rural, que se detallan en la tabla 3, tres evaluaciones económicas, y 12 guías de práctica clínica y políticas de cobertura.

### 5.2- Efectos para la salud

Para el desenlace de **validez clínica**:

Un estudio aleatorizado de diseño cruzado de concordancia diagnóstica de médicos a través de telemedicina en comparación con la atención presencial de 104 pacientes que consultan en clínicas de atención primaria de salud en zona rural de la India (Verma y col.), encontró:

-Concordancia diagnóstica del 74% (77/104) y concordancia en el tratamiento del 79,8% (83/104), hubo asociación entre la concordancia diagnóstica y de tratamiento y el tipo de caso ( $p = 0,004$  y  $p = 0,03$ ; respectivamente).

-La mayor concordancia diagnóstica fue en el manejo de la hipertensión arterial (20/21, 95% concordancia; kappa de Cohen= 0,93) y la diabetes mellitus (14/15, 93% de concordancia; kappa de Cohen= 0,89). La menor concordancia fue en cardiología (1/3, 33%) y en síntomas inespecíficos (3/10, 30%).

-La consulta por telemedicina comparada con la presencial para el diagnóstico de hipertensión arterial tuvo una sensibilidad de 0,95 y especificidad de 0,97 y para el diagnóstico de diabetes mellitus, la sensibilidad fue 0,93 y especificidad de 0,99.<sup>24</sup>

Para el desenlace de **viabilidad del examen físico remoto**:

La revisión de Leo y col. evaluó 96 estudios de telemonitorización remota bidireccional (paciente-proveedor de atención médica) de 26.167 pacientes  $\geq 18$  años con enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o diabetes mellitus) en la que los pacientes o sus cuidadores tomaron mediciones fisiológicas (presión arterial, glucosa y hemoglobina glicosilada en sangre, saturación de oxígeno, entre otras) con dispositivo digital. Del metanálisis de 11 estudios sobre mortalidad por cualquier causa a los 12 meses ( $n = 2.578$ ), surge que la telemonitorización comparada con las consultas presenciales redujo la mortalidad, RR= 0,71 (IC 95 %: 0,56-0,89);  $p = 0,003$ ;  $I^2 = 0\%$ . No se



identificaron estudios que informaran resultados relacionados con la adopción de la intervención.<sup>25</sup>

Para el desenlace de **prevención del traslado a centro de referencia:**

En el estudio de revisión de Leo y col. sobre telemonitorización remota bidireccional (paciente-proveedor de atención médica), se realizó un metanálisis de 8 estudios referidos a hospitalizaciones. No hubo diferencia significativa en el riesgo de hospitalización por todas las causas en telemonitorización comparado con la atención presencial habitual a los 6 meses (n= 466), RR=1,09 (IC 95%: 0,85-1,40; p= 0,50; I<sup>2</sup>= 46%) y a los 12 meses de seguimiento (n= 1825), RR=0,97 (IC 95%: 0,70-1,33; p= 0,84; I<sup>2</sup>= 79%). Los autores consideraron que hubo leve mayor riesgo de hospitalización con la telemonitorización (razón de riesgos= 1,02; IC del 95%: 0,85-1,23; p= 0,81; I<sup>2</sup>= 79%), interpretaron que este aumento de la hospitalización podría ser un efecto positivo de la telemonitorización para la detección temprana de problemas de salud de los pacientes con más frecuencia que la atención habitual.<sup>25</sup>

La revisión de alcance (scoping review) de Heffernan y col. encontró que en áreas rurales o desatendidas la atención con tecnología digital móvil disminuyó las tasas generales de hospitalización (42,3% comparado con 15,6% del grupo atención habitual) y tuvieron menos visitas a urgencias (21,2% vs 25,7%).<sup>26</sup>

Para el desenlace **calidad de la atención - percepción de los usuarios sobre dispositivos de telesalud:**

En la revisión de 96 estudios de Leo y col. sobre telemonitorización remota bidireccional (paciente-proveedor de atención médica) con dispositivo digital en el manejo de 26.167 pacientes  $\geq$  18 años con enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, EPOC o diabetes mellitus) comparado con las visita de rutina a clínicas ambulatorias y consultas presenciales, se evaluó la satisfacción como número de participantes satisfechos con la intervención en 9 estudios, referidos a enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus y/o EPOC. Se encontró que los pacientes estaban satisfechos con la telemonitorización en 5 estudios, en los otros 4 estudios no. No se realizó metanálisis en satisfacción porque su definición entre los estudios fue muy variable.<sup>25</sup>

En la tabla 3 se resumen los estudios seleccionados.



**Tabla 3: Resumen de estudios seleccionados.**

Estudio	Criterios de inclusión de población	Intervención y comparador	Desenlaces	Observaciones
Verma N y col. doi:10.2196/42775	Estudio aleatorizado, cruzado. Población de zonas rurales de India que consultan en centros de atención primaria.	Plataforma de telemedicina (gestión de atención médica de código abierto con asistente digital) con asistente sanitario local y médico a distancia para diagnóstico y tratamiento comparado con atención presencial en teleclínicas en zonas rurales de la India.	N= 104 pacientes con diversos problemas que consultaron en 10 centros de atención primaria. Consulta virtual comparada con la presencial en: <b>-Concordancia diagnóstica:</b> -Global: 74% (n= 77/104), p= 0,65. -Según tipo de caso, p= 0,004. -Hipertensión arterial: 95% (n= 20/21); kappa de Cohen= 0,89). -Diabetes: 93% (n= 14/15); kappa de Cohen= 0,93). <b>Concordancia en el tratamiento:</b> -Global: 79,8% (83/104), p= 0,81. -Según tipo de caso: p= 0,03. <b>Sensibilidad y especificidad del diagnóstico en:</b> -Hipertensión, sensibilidad: 0,95 y especificidad: 0,97. -Diabetes, sensibilidad: 0,93 y especificidad: 0,99.	No varió la concordancia con el orden de la consulta, con la pareja de profesional sanitario y médico, sexo del paciente, la modalidad de teleconsulta síncrona frente a asíncrona. La telemedicina es una alternativa factible y segura a la atención presencial. Resultó más eficaz para el diagnóstico y manejo remoto de la hipertensión y la diabetes.
Leo y col. doi:10.2196/35508	Revisión sistemática c/metaanálisis (MA) de estudios clínicos aleatorizados y no aleatorizados, estudios de antes-después y series temporales de telemonitorización de enfermedades crónicas. Medir adherencia, captación y satisfacción de los usuarios.	Telemonitorización de la atención médica clínica en tiempo real comparado con atención clínica habitual ambulatoria en adultos $\geq 18$ años con enfermedades crónicas [enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes mellitus (DM), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)].	N= 96 estudios. N= 26.167 pacientes. MA de 58 estudios. Con telemonitorización: -Satisfacción del paciente: evaluada en 9/96 estudios (n= 877) 56% (5/9 estudios) mostró beneficios. -Reducción de mortalidad a los 12 meses (n= 2381) RR= 0,71 (IC 95%: 0,56-0,89); p= 0,003; I <sup>2</sup> = 0%. -Mejora de presión arterial sistólica (n: 2435): diferencia de medias [DM]= -3,85 mm Hg (IC 95%: -7,03 a -0,68); p= 0,02; I <sup>2</sup> = 100%. -Hemoglobina glicosilada DM= -0,33 (IC 95%: -0,57 a -0,09); p= 0,008; I <sup>2</sup> = 99%. -Calidad de vida (n: 1495) DM= 1,45 (IC 95%: -0,10 a 3); p= 0,07; I <sup>2</sup> = 80%. -Riesgo de hospitalización (n: 957) RR= 1,02 (IC 95%: 0,85-1,23); p= 0,81; I <sup>2</sup> = 79%.	Esta revisión utilizó una definición estricta de telemonitorización, incluyendo únicamente estudios que emplearon un dispositivo para recopilar medidas de salud y facilitaron la comunicación o acción bidireccional entre el paciente y el equipo de atención médica. La mayoría de los estudios tenían alto riesgo de sesgo. La definición de satisfacción varió entre los estudios.

El efecto en la salud se consideraría **incierto**.



### 5.3- Otros informes de ETS

No se encontraron ETS en CONETEC, IECS de Argentina, CONITEC de Brasil, la Agencia Uruguaya de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETSU), Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI) de Perú.

La Agencia Canadiense de Drogas y Tecnologías en Salud (CDA), se centró en el alta temprana hospitalaria con apoyo hasta completar el tratamiento o recuperación en casa.<sup>27</sup> Dicho apoyo consiste en salas virtuales, también conocidas como programas de hospital en el hogar para brindar atención médica aguda a nivel de paciente internado en su hogar. Muchos de estos programas están basados en tecnología e incorporan dispositivos de monitoreo remoto para registrar las constantes vitales del paciente, así como tabletas o portales web para facilitar el intercambio de datos. Las videollamadas con el equipo clínico también se combinan con las visitas presenciales de los profesionales de la salud.

### 5.4- Guías de práctica clínica y políticas de cobertura

El Ministerio de Salud de la Nación publicó en 2019 el documento de buenas prácticas en teleconsulta dirigido a todos los actores del sistema de salud para garantizar la calidad, seguridad y protección de derechos en la teleconsulta, orientar en buenas prácticas en el proceso de atención (antes, durante y después de la teleconsulta) y sobre la estructura (espacio físico y tecnología) de la teleconsulta, reducir brechas tecnológicas y generar estándares comunes.<sup>23</sup>

En Mendoza el Plan Provincial de Salud 2024-2028 del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deporte y la Resolución N° 4.265/19 contemplan la práctica y las regulaciones de la telesalud.<sup>8</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda enfoques estructurados para implementar telemedicina, enfatizando evaluación de riesgos, perfiles clínicos aptos para teleconsulta, infraestructura y formación. No recomiendan sustituir el acto médico presencial cuando el riesgo diagnóstico es alto.<sup>28</sup>

Las políticas de telesalud en EE.UU. incluyen las mejores prácticas de telesalud en las siguientes modalidades: videochat, llamadas telefónicas, monitorización remota del paciente, mensajería a través de un portal para pacientes, videoconferencias de paciente a profesional de la salud o entre profesionales. Incluye políticas de telesalud estatales y federales para profesionales de la salud y las organizaciones, consideraciones y requisitos para abordar las comunidades de manera remota, los retos que enfrenta y sus ventajas, entre otros aspectos.<sup>29, 30</sup>

La Unión Europea tiene un marco legal general que facilita los servicios de telesalud transfronterizos, centrándose en los derechos de los pacientes y la protección de datos,



mientras que los Estados miembros conservan la responsabilidad principal de regular la prestación de servicios sanitarios y el ejercicio profesional a nivel nacional.<sup>31, 32</sup>

En Brasil, existe una ley que regula la práctica de la telemedicina en todo su territorio, considera la telesalud como la prestación de servicios de salud a distancia por medio de tecnologías de la información y comunicación. Esta regulación garantiza a los profesionales de la salud la libertad e independencia de decidir sobre su uso (con previo registro en el Consejo Regional de Medicina) u optar por la atención presencial; que debe realizarse siempre con el consentimiento libre e informado del paciente, resguardar la confidencialidad de los datos y que el paciente tiene derecho a rechazar la atención en modalidad de telesalud.<sup>33</sup>

En Chile en el año 2021, el Ministerio de Salud con el apoyo de OPS implementó una intervención digital dirigida a la atención primaria para gestionar la demanda de forma remota y priorizar las necesidades de los usuarios bajo criterios clínicos. Luego se sancionó la Ley 21.541 en el año 2023 que autoriza a prestadores de salud a realizar prácticas de telemedicina, debiendo mantener registros de éstas en los mismos términos que una atención presencial y sujetas a disposiciones técnicas y legales vigentes.<sup>34, 35</sup>

En Uruguay, existe guía jurídica con consideraciones para implementar la telemedicina desde 2015.<sup>36</sup> La telesalud está regulada por la Ley 19.869 que ofrece lineamientos generales para el uso de la telemedicina para la provisión de servicios de salud a distancia, sus modalidades, beneficios y prácticas. La telemedicina se considera como complemento a la consulta presencial, no un sustituto.<sup>37</sup>

Colombia tiene la Ley 1.419 de 2010, que establece lineamientos para el desarrollo e inclusión de la Telesalud en los portafolios de servicios de salud públicos en la seguridad social. La Resolución N° 2.654 del año 2019 refiere la prestación de servicios de telemedicina, cumplimiento de leyes referidas al tratamiento de los datos personales, entre otros aspectos de buenas prácticas.<sup>38</sup>

El sistema de Salud de Perú provee servicios a distancia de telemedicina en promoción, prevención, diagnóstico, recuperación o rehabilitación (teleconsulta, teleorientación, teleinterconsulta, telemonitoreo, teleapoyo al diagnóstico), regulado por el Ministerio de Salud.<sup>39</sup>

Benziger y col. publicaron una guía dirigida a los médicos para realizar un examen físico virtual asistido por el paciente sobre todo en enfermedades crónicas: “Los diez principios de la telesalud”, que incluye solicitar al paciente su autoevaluación, e incluye la evaluación de determinantes sociales de la salud, del entorno del paciente y las interacciones con sus cuidadores.<sup>40</sup>



La Academia Americana de Pediatría (AAP) realizó una declaración política sobre cómo la Telesalud puede aumentar el acceso a la atención primaria y a las subespecialidades pediátricas. Considera que los estándares de calidad se aplican por igual a cualquier encuentro con el paciente, ya sea remoto o presencial, y que es necesario reducir las barreras geográficas, económicas y administrativas, tener una infraestructura tecnológica y de telecomunicaciones confiable, para evitar que se profundicen las disparidades en la atención médica.<sup>41</sup>

En Italia, se ha publicado un documento de consenso, elaborado por las principales sociedades científicas italianas implicadas en el uso de la telemedicina en pediatría, para definir un estándar para su uso a nivel territorial en diversas áreas del campo pediátrico y se enmarca en la visión de la atención conectada, en la que el ciudadano/paciente participa activamente en el proceso de tratamiento para recibir asistencia personalizada, predictiva y preventiva. Establece parámetros en los que el examen médico debe ser presencial en los pacientes pediátricos y sobre todo en menores de 3 meses de edad.<sup>42</sup>

En la tabla 4 se detallan las políticas de coberturas.

**Tabla 4: Resumen de políticas referidas a telesalud.**

País	Año	Tecnología/Indicación	Alcance
Argentina	2018-2024	Plan Nacional de Salud Digital. <sup>43</sup> Ley 27.553 de Telesalud y Ley 26.529, que garantizan el derecho a la información y la telesalud como prestación.	Política nacional y federal de telesalud para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud.
Mendoza	2024-2028	Plan Provincial de Salud 2024-2028 (Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deporte de Mendoza, Resolución N° 4.265/19).	Provincial.
Brasil	2022	Ley 14.510 de telemedicina.	Nacional.
Chile	2023	Ley N° 21.541. Autoriza a los prestadores de salud a efectuar atenciones mediante telemedicina. <sup>34</sup>	Nacional.
Colombia	2019	Resolución N° 2.654. Regula la telesalud y telemedicina en Colombia.	Nacional. Telesalud es parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Perú	2019	Ley Marco de Telesalud N° 30.421 y Reglamento de Telesalud.	Nacional.
Uruguay	2020	Ley N° 19.869. Telemedicina como prestación de los servicios de salud.	Nacional. Lineamientos generales sobre telesalud.
Unión europea (UE)	2011	Directiva 2011/24/UE. Regula la telesalud sobre derechos del paciente en la asistencia sanitaria transfronteriza.	Regula el acceso a la atención sanitaria en otro país de la UE, incluyendo la telemedicina.



## 5.5- Impacto sobre el gasto público

El análisis de costos y evaluaciones económicas se realiza teniendo en consideración el marco de implementación de un servicio de telemedicina (kit de telesalud “Todo en Uno”) de la OPS.<sup>12</sup>

### 5.5.1- Estimación de la población objeto

Para el cálculo de la población objeto se consideró a la población rural de Mendoza, la cual realiza consultas médicas principalmente en postas sanitarias que se encuentran ubicadas distantes de los centros de cabecera. Actualmente en la provincia de Mendoza hay 40 postas sanitarias registradas en el Ministerio de Salud.<sup>4</sup>

Se estimó el impacto en el gasto público considerando que un kit de telesalud estaría destinado a cada una de las postas sanitarias para brindar los servicios sanitarios básicos a la población objeto.

### 5.5.2- Costos de la tecnología

La adquisición de los kits de telesalud a través de los Fondos Rotatorios de la OPS, reduce aproximadamente un 80% el costo de la compra del equipo por separado.<sup>44</sup>

Según la OPS, el precio de mercado del teleequipo básico (monitor multiparamétrico de signos vitales modelo PC-303 con maletín y tableta androide) es de USD 6.000, pero a través de la organización se puede acceder a éste por USD 670, gracias al mecanismo de adquisición conjunta de los Fondos Rotatorios Regionales (FRR), que permite negociar el precio con los proveedores en compras a gran escala, con vigencia hasta diciembre del 2025. (Fecha 8-05-2025).<sup>21, 45</sup>

Actualmente, en la provincia de Mendoza está vigente un convenio con OPS en el que operan a través del Fondo Estratégico. El mismo forma parte de los FRR y brinda apoyo técnico para planificar los insumos sanitarios necesarios, promover el uso racional de los medicamentos y prevenir el desabastecimiento.<sup>46</sup>

Sumado al costo de adquisición del dispositivo, se adiciona el costo de incorporar un equipo tecnológico con capacidad de instalación del servidor. Para esto, se consideró una tablet estándar que cumpla con los requisitos mínimos de instalación (Tablet 10 Pulgadas 32gb 2gb Hd Ips Ram Wifi Bluetooth Memoria Expandible Micro Sd Android 13 Kelyx) disponible a un precio de \$ ARS 119.999 (consulta: noviembre 2025).<sup>47</sup>

Por razones cuantificables y prácticas, el impacto presupuestario se realizó para un horizonte temporal de un año (por adquisición total de la compra conjunta) y tuvo en cuenta para el costo unitario la adquisición del dispositivo más el costo del equipo tablet. Se asume que existe un médico como receptor de los datos recabados por el kit para su interpretación



diagnóstica. Sin embargo, se deberían considerar en los costos la disponibilidad de internet para su operatividad y la capacitación del personal a cargo del uso del dispositivo.

Se consideró la remuneración horaria que cumple un médico de referencia en una posta sanitaria como comparador. Para el cálculo de su monto y cantidad horaria se tuvo en cuenta la Ley Provincial N° 9.539 que en su artículo 25 describe el régimen remuneratorio para profesionales que desempeñan en el servicio médico asistencial en centros de salud. La misma describe que los profesionales percibirán una asignación fija equivalente a cuatro (4) unidades sanitarias por un régimen de treinta (30) horas semanales.<sup>48</sup> La última actualización del monto por unidad sanitaria está fijado, según el Decreto N° 1.643, en PESOS DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL (\$ 265.000), aplicable a partir del mes de octubre de 2025. Es decir, este valor por las 4 unidades sanitarias se traduce en \$ ARS 1.060.000 que multiplicado por las 40 postas sanitarias forman un total de \$ ARS 42.400.000.

Es importante aclarar que, para las postas sanitarias, es posible que haya contratos de locación o contratación temporaria que difieran del escalafón general. Por lo que esta estimación es bruta, sin contar bonificaciones de zona, guardias, productividad extra, ni otros ítems adicionales.

El valor de la consulta presencial como la teleconsulta es el mismo, por lo que no se consideró en el impacto presupuestario neto. Tampoco se tuvo en cuenta el costo del traslado para la realización de la consulta y la pérdida de productividad para los pacientes con empleo que debieron ausentarse del trabajo para asistir a las consultas, debido a que forman parte de la perspectiva social y no del punto de vista del financiador. En la tabla 5 se muestra la estimación de los costos.

**Tabla 5: Estimación del costo total de la incorporación del dispositivo para examen físico remoto en pesos argentinos y en dólares para 40 postas sanitarias de la provincia de Mendoza\*.**

Costo unitario	Costo total (n= 40)	Costo comparador (n= 40)	Impacto presupuestario neto
\$ 1.105.249	\$ 44.209.960	\$ 42.400.000	\$ 1.809.960
USD 749	USD 29.973	USD 28.746	USD 1.227

\*Se considera también el AIP en dólares americanos debido al precio del equipamiento en dicha moneda, teniendo en cuenta el tipo de cambio publicado a la fecha de este informe.

### 5.5.3- Estimación del impacto presupuestario

Según los datos considerados, el subsector estatal debería afrontar un gasto incremental de \$ ARG 1.809.960 por adoptar el dispositivo. Este valor resulta menor al umbral presupuestario



central estimado para Mendoza de \$ ARG 101.300.733 para el subsector estatal, lo que implicaría un **impacto inferior al umbral**.

### **Consideraciones de costo-oportunidad**

En Mendoza, financiar el total de kits de telesalud para atención primaria de zonas rurales equivaldría al costo de realizar 181 consultas médicas o teleconsultas según el nomenclador provincial vigente al 2025.<sup>49</sup>

### **Otras evaluaciones económicas halladas**

Si bien no se hallaron evaluaciones económicas sobre este dispositivo, se encontraron evaluaciones sobre costo-efectividad del uso de la telemedicina y del monitoreo remoto en pacientes para atención primaria de salud. Se seleccionaron los estudios más relevantes al contexto y características de la consulta recibida.

Un estudio evaluó el impacto económico de un sistema de telemedicina, teleespirometría (TE), en un sistema público de salud para atención primaria en comparación con el procedimiento habitual. Del análisis costo-efectividad se concluye que la TE es un 23% más costosa y un 46% más efectiva. Asimismo, el gasto sanitario es menor a medida que aumenta el número de espirometrías realizadas. El ratio de costo-efectividad incremental (RCEI) de la TE resultó ser 33,3 € en comparación con el tratamiento habitual. Concluye que la realización mediante TE es costo-efectiva.<sup>50</sup>

Una revisión sistemática que analiza costo-efectividad de la telemedicina, informó que su utilización en dermatología, radiología, pediatría y las salas de cuidados intensivos redujeron los costos de salud en un 56% y los costos de desplazamiento de los pacientes a los centros de salud en un 94%. Las ventajas de la telemedicina para los pacientes fueron la reducción del tiempo o costo de transporte, la eliminación de las ausencias laborales, la opción de atención a demanda y la reducción del tiempo de espera.<sup>51</sup>

Una revisión sistemática de De Guzman y col. sobre rentabilidad de las consultas por videoconferencia y teléfono en atención primaria, de 20 artículos encontró que 12 se referían a servicios de triaje telefónico, 7 servicios de sustitución de atención presencial por telesalud y 1 otro servicio de telesalud en atención primaria. Se encontró que la relación costo-efectividad de los servicios de telesalud en entornos de atención primaria dependía del contexto, estaba supeditada a los cambios en el uso general del servicio y dependía del uso de los recursos de atención secundaria. Los costos de implementación y operativos (personal o tiempo de consulta), así como el uso eficiente del tiempo del médico desempeñaron un papel importante en la determinación de la relación costo-efectividad de la telesalud. La revisión concluye que 13 estudios informaron que la telesalud era costo-efectiva (siete describieron el triaje telefónico y seis describieron la sustitución de la telesalud). Además, la integración de la telesalud en la atención primaria puede ser rentable para el sistema de salud



cuando reduce el uso general de los servicios y el uso de los recursos de atención secundaria, especialmente cuando el mismo proveedor asume el costo de los servicios de atención primaria y secundaria. Asimismo, la telemedicina en atención primaria debe considerar los beneficios menos tangibles, como la atención oportuna y accesible al paciente, la promoción de servicios multidisciplinarios y las oportunidades para ampliar la capacidad del sector de atención primaria.<sup>52</sup>

## **5.6- Impacto en la equidad**

La desventaja más importante de los residentes en zonas rurales es la distancia hasta el lugar de atención, lo que puede poner en riesgo su derecho al acceso a la atención de salud. Las nuevas tecnologías, como la telemedicina, podrían ayudar a disminuir las brechas de atención médica en zonas rurales y brindar una atención centrada en el paciente, pero se requiere de sistemas, infraestructuras e interconectividad, y garantizar la protección / seguridad de los datos médicos. Aspectos de privacidad, confidencialidad, seguridad y culturales son relevantes.

Algunos posibles beneficios de la telemedicina podrían ser además del acceso a atención, recursos y servicios asistenciales, la continuidad asistencial, la disminución de costos en desplazamientos, transporte y tiempo de trabajo de los pacientes. Por otro lado, se deben considerar varios aspectos que podrían afectar la equidad de acceso como la conectividad a internet y la alfabetización digital de los usuarios del dispositivo, la disponibilidad de transporte para el traslado hacia instituciones de salud de referencia en el caso que lo requiera el paciente y sus circunstancias.

Por otro lado, el acto médico de manera remoto o presencial, debe mantener los principios de una adecuada y ética relación médico-paciente.<sup>53</sup>

En la Tabla 6 se expresa el marco de valor de equidad según GRADE sobre la incorporación de dispositivo multi diagnóstico en zonas rurales del primer nivel de atención de salud de la provincia de Mendoza.



**Tabla 6: Marco de valor de equidad (GRADE) sobre la incorporación de dispositivo multi-diagnóstico en el primer nivel de atención en la provincia de Mendoza.**

CRITERIO - PREGUNTA	SITUACIÓN LOCAL
<p>¿Hay impacto en los grupos o escenarios que puedan estar en desventaja con relación al problema de salud o a la implementación de la tecnología evaluada?</p>	<p>La población de zonas rurales bajo cobertura estatal tiene acceso a la atención presencial y a medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento en centros de salud, condicionado a cronograma de atención en la posta y posibilidad de traslado.</p> <p>La inclusión de tecnologías diagnósticas digitales podría ayudar a diagnósticos temprano y seguimiento clínico de pacientes con enfermedades crónicas, en este caso podría ayudar a superar las barreras geográficas para conectarse con el sistema de salud en general.</p> <p>También podría no ser aceptado por razones socioculturales, podría haber dificultades en las personas que viven con discapacidades y las personas que viven en áreas rurales sin acceso a programas.</p> <p><b>Probablemente positivo.</b></p>
<p>¿Hay razones plausibles para anticipar diferencias en la efectividad relativa de la tecnología evaluada en algunos grupos o escenarios desfavorecidos?</p>	<p><b>Sí</b>, podrían existir diferencias de efectividad relativa de la tecnología según grupos etarios, factores culturales, según nivel educativo y condición clínica.</p>
<p>¿Existen condiciones de base diferentes entre los grupos o escenarios que afecten la efectividad absoluta de la tecnología evaluada en algunos grupos o escenarios desfavorecidos?</p>	<p><b>Sí</b>, puede haber diferencias de efectividad absoluta, dado que el examen físico remoto es concordante con el presencial en algunas condiciones y no reemplaza el examen físico presencial.</p> <p>Podría ser importante la alfabetización digital del operador.</p>
<p>¿Hay consideraciones importantes que deban tenerse en cuenta al implementar la tecnología evaluada para asegurar que las desigualdades se reduzcan, si es posible, y que no aumenten?</p>	<p><b>Sí</b>, hay que considerar la conectividad a internet requerida por el dispositivo, profesionales que evaluarán los datos en tiempo real o grabado y tiempo de respuesta a los pacientes. Capacitación del personal en cuidado, desinfección, uso del dispositivo médico y alfabetización digital. Disponibilidad de transporte hacia instituciones de salud en el caso que lo requiera el paciente y sus circunstancias. Sistema interoperable con registros de salud actuales del sistema público de salud.</p>



Se estima que la incorporación del dispositivo multidiagnóstico en el primer nivel de atención de salud de zonas rurales de la provincia de Mendoza, podría tener impacto **probablemente positivo** en la equidad siempre que se tengan en cuenta todos los condicionantes de implementación, además de capacitar a responsables y usuarios en el uso del dispositivo. Si no se consideran las barreras que pueden darse en la implementación se podría agravar las desigualdades de acceso a atención de la salud en zonas rurales.

### 5.7- Impacto en la salud pública

La atención primaria de la salud es una de las prioridades del Ministerio de Salud y Deportes de Mendoza en su plan de gobierno y acorde a los Objetivos del Desarrollo Sustentable 2030, en línea con los objetivos 3.4 y 3.8.<sup>54</sup> Además, se trata de un bien público digital.

El sistema de telesalud está incluido en el Plan Provincial de Salud 2024-2028 (Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deporte de Mendoza, Resolución N° 4265/19- Plan Provincial de Telesalud-) en la línea estratégica N° 2 de Transformación digital y sistemas de información integrados, dirigidas a brindar servicios de atención sanitaria a distancia, disminuir las brechas de atención y tiempos de espera y mejorar el acceso, entre otros.<sup>8</sup>

Se estima que el impacto en la salud poblacional sería **probablemente positivo**.

Se deben considerar el contexto de aplicación de la telemedicina con dispositivos para examen físico remoto, los servicios de salud y recursos humanos disponibles y los que requerirá la implementación de este sistema, los aspectos ético - legales como la autorización del paciente a través del consentimiento informado (Ley 26.529: Los pacientes deben ser informados sobre los riesgos, beneficios y limitaciones de la modalidad de atención a distancia, y su consentimiento debe quedar registrado en la historia clínica) y de seguridad, tecnológicos y de infraestructura, el seguimiento y monitorización de los servicios de telemedicina y de la información, su sostenibilidad y el impacto en el sistema de salud.<sup>12</sup> Es muy importante tener en cuenta los aspectos tecnológicos como el acceso a internet, la capacitación de usuarios de los servicios de atención médica y asistencia digital cuando corresponda, servicios de atención médica con espacio privado y seguro, y alfabetización digital.

### 5.8- Aspectos de implementación

Para la implementación de la telemedicina con teleconsulta en la atención de las personas que incluya examen físico remoto, se debe garantizar la precisión de la información clínica, utilizar equipos de diagnóstico válidos y confiables, contar con métodos eficientes de recopilación y transferencia de datos.

La atención del paciente debe ser similar a la consulta presencial en el abordaje humano y científico, respetando la privacidad y confidencialidad, basado en la mejor evidencia disponible y respetando los valores sociales y culturales de la comunidad. Se deberán



establecer mecanismos para convertir la atención remota en presencial según situación clínica, priorizando el mejor interés del paciente.

Pasos sugeridos en el caso de incorporarse el dispositivo para del examen físico remoto:

**1-Preparación y logística:** usar plataforma de telemedicina bajo estándares de interoperabilidad, seguridad, privacidad e inviolabilidad de la información, con resguardos éticos y legales conforme a la normativa vigente.

En las teleconsultas, sobre todo en las sincrónicas, se debe requerir el consentimiento informado del/la paciente (Ley 26.529 de Derechos del Paciente). Tener en cuenta que el paciente podrá ser acompañado por quien desee (ej. familiar) y tiene derecho de aceptar o rechazar la propuesta.

**2-Comunicación médico paciente:** puede ser sincrónica o asincrónica. Verificar que la conexión a internet sea adecuada y desplegar acciones para disminuir brechas digitales. En el caso de áreas rurales o de difícil acceso, la teleconsulta sincrónica permite aumentar la accesibilidad a servicios sanitarios. Cuando sea posible, favorecer la continuidad con el mismo profesional que realizó la consulta presencial previa.

**3-El Centro de Atención Primaria con Telemedicina** contará con un integrante del equipo de salud capacitado que operará el equipo con asistencia al paciente. Se puede disponer de material de apoyo educativo para ciudadano y/o paciente, con el fin de que pueda comprender sus beneficios y pueda elegir libremente su uso.

**4-Realización del examen físico propiamente dicho** en un entorno adecuado con la realización de la historia clínica y registro escrito de anamnesis y examen físico con el dispositivo remoto. Seguir guías para realizar un examen físico remoto.<sup>40</sup>

Se esperaría que cada uno de estos pasos se acompañe con monitoreo por indicadores de resultado, planificación de un desarrollo piloto y cogestión junto a la Red de Telemedicina. Por otro lado, la conveniencia de adherir a las buenas prácticas de teleconsulta emitidas por el Ministerio de Salud de la Nación.<sup>23</sup>

## 6- Contribuciones de consulta pública

Este informe estuvo disponible en consulta pública desde el 28-11-25 al 19-12-25. No se recibieron aportes.

## 7- Conclusión

La telemedicina es una prestación de los sistemas y servicios de salud y debe desarrollarse en forma complementaria a la consulta presencial y coordinada según niveles de asistencia sanitaria. En zonas rurales, podría mejorar el acceso a la atención de pacientes. La



teleconsulta con dispositivos móviles o remotos para realizar examen físico es posible, sin embargo, éste presenta limitaciones en algunas exploraciones.

El examen físico remoto tendría concordancia satisfactoria con el examen físico presencial en diagnóstico y tratamiento, sobre todo en el manejo de algunas enfermedades crónicas en zonas rurales como hipertensión arterial y diabetes mellitus. La sensibilidad del dispositivo para examen físico remoto es variable mientras que la especificidad es mayor al 70%. Tanto la sensibilidad como la especificidad aumentan en hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Los desenlaces valorados arrojan que el examen físico remoto tendría un efecto incierto sobre la salud. La evidencia sugiere que su utilización no aumentaría el riesgo de hospitalizaciones, la que es heterogénea en cuanto a contextos, características culturales y de sistemas de salud. La mayoría de los países de Europa y Región de las Américas han establecido marcos regulatorios para su implementación.

En cuanto al gasto público, el impacto presupuestario sería inferior al umbral considerado de alto impacto, en comparación con la consulta médica presencial en centros de atención primaria de la salud.

El efecto sobre la equidad sería probablemente positivo, siempre que se cumplan las condiciones necesarias para su implementación como práctica asistencial.

El efecto sobre la salud pública sería probablemente positivo, atendiendo a la declaración de los dispositivos de telesalud como bienes públicos digitales.

Hay población de zonas rurales de Mendoza que podrían ver facilitado su acceso al sistema de salud. Se requiere datos locales sobre su uso, implementación y aspectos socio-culturales previo a decidir su implementación expandible a zonas rurales o remotas de la provincia de Mendoza.

## 8- Valoración realizada

A continuación, se resume en la tabla 7 la valoración realizada.

**Tabla 7: Resumen de valoración de la incorporación de Dispositivo para examen físico remoto en zonas rurales para establecimientos del primer nivel de atención de la provincia de Mendoza.**

DOMINIO	VALORACIÓN
Efectos en la salud	Incierto
Impacto en el gasto público	Bajo
Impacto en la equidad	Probablemente positivo
Impacto en la salud pública	Probablemente positivo



Autores y pertenencia: Gatica C; Fitt V.

Director: Álvarez Jorgelina.

Agencia Provincial de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Mendoza (AETS).

Conflictos de interés: ninguno de los autores presentó conflictos de interés con la tecnología analizada.

Fecha de realización: septiembre-noviembre de 2025. Fecha de publicación: diciembre 2025.

## 9- ANEXO I

**Figura 1: Telekit básico con monitor fetal.**



**Figura 2: Telekit básico**



## 10- Glosario

**Zona rural:** área geográfica con menor número y menor densidad poblacional, predominio de actividades agropecuarias y menos de 2000 habitantes (umbral del INDEC). También se suele considerar que las regiones rurales están ubicadas más alejadas o menos conectadas con los centros urbanos.

**Dispositivo médico:** artículo, instrumento, aparato o máquina que se utiliza para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, o para detectar, medir, restablecer, corregir o modificar la estructura o la funcionalidad del organismo con algún propósito médico o sanitario. Generalmente, un dispositivo médico no actúa a través de mecanismos farmacológicos, inmunitarios ni metabólicos. No debe presentar carácter sustitutivo del profesional de la salud, sino asegurar una mejor calidad de atención y promover el valor de la atención.

**Salud digital:** comprende el uso de tecnologías de información incluyendo dispositivos digitales, software y herramientas de comunicación para proporcionar a los pacientes servicios preventivos, tratamiento de enfermedades y educación; promover el seguimiento y el monitoreo de enfermedades; y brindar apoyo a profesionales de la salud y pacientes. Diversas herramientas y servicios digitales se engloban en la salud digital, como la salud móvil (mHealth), la telesalud, las historias clínicas electrónicas, las tecnologías de la información sanitarias, los dispositivos portátiles y los sistemas de monitorización remota. El objetivo principal de la salud digital es mejorar la eficiencia, la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud, empoderando a las personas para que desempeñen un papel activo en la gestión de su salud y bienestar.

**Telesalud:** conjunto de actividades relacionadas a la salud, servicios, formación, gestión o prestaciones realizados a través de las tecnologías de la información y la comunicación.

**Telemedicina (TM):** es una forma de telesalud: uso de tecnología interactiva bidireccional y la telecomunicación, consultas telefónicas o por videoconferencia. Incluye encuentros por video o telemedicina.

**Telemedicina según OMS:** “La transmisión de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales sanitarios, utilizando tecnologías de la información y de las comunicaciones con el objetivo de ofrecer información para diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los sanitarios, todos a favor del avance de la salud de los individuos y sus comunidades” (OMS, 2009).

La telemedicina se aplica en la medicina clínica, cuando la información se transfiere por medio del teléfono, Internet u otros medios con el fin de hacer una consulta, un telediagnóstico o incluso exploraciones de pacientes a distancia (la misma cita Desarrollo de la telesalud en América latina).



**Teleconsulta:** es una de las modalidades de la telemedicina. Proceso de atención sanitaria que como tal implica la interpretación de información médica y la toma de decisiones, brindado a través de las tecnologías de la información y comunicación que se produce entre dos o más profesionales de la salud, así como entre el equipo de salud y la persona que recibe atención sanitaria.

## 11- Bibliografía

1. Larson AE, Zahnd WE, Davis MM, et al. Before and During Pandemic Telemedicine Use: An Analysis of Rural and Urban Safety-Net Clinics. *Am J Prev Med.* 2022;63(6):1031-1036. doi:10.1016/j.amepre.2022.06.012
2. Maita KC, Maniaci MJ, Haider CR, et al. The Impact of Digital Health Solutions on Bridging the Health Care Gap in Rural Areas: A Scoping Review. *Perm J.* 2024;28(3):130-143. doi:10.7812/TPP/23.134
3. Informe Anual. Encuesta de Condiciones de Vida 2022. Mendoza Disponible en: [https://deie.mendoza.gov.ar/backend/uploads/files/2023-07-17\\_12:07:36\\_ECV%202022\\_parte\\_1%20\(1\).pdf](https://deie.mendoza.gov.ar/backend/uploads/files/2023-07-17_12:07:36_ECV%202022_parte_1%20(1).pdf). Consulta: 3-7-25.
4. Gobierno de Mendoza, Ministerio de Salud y Deportes. Resolución N° 4255/25. Publicado el 17 de noviembre de 2025.
5. Gobierno de Mendoza, Ministerio de Salud y Deportes. Resolución N° 1164/25. Publicado el 30 de junio de 2025.
6. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud. Dirección de Telesalud. Resolución Ministerial N° 2016-1825-E-APN-MS, de fecha 17 de octubre de 2016. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/328394/norma.htm#:~:text=Que%20mediante%20la%20Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%202016%2D1825%2DE%2DAPN%2DMS%2C,por%20el%20Decreto%20N%C2%B0%20908/16%2C%20a%20los>. Consulta: 6-11-25.
7. Dos Santos AF, Alves HJ, De Souza C, Barros de Melo MdC y Messina LA. Desarrollo de la telesalud en América Latina: aspectos conceptuales y estado actual. No. 35453. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2013. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/desarrollo-de-telesalud.pdf>. Consulta 24-9-25.
8. Gobierno de Mendoza, Ministerio de Salud y Deportes. Plan Provincial de Salud 2024-2030. Mendoza; 2024. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/wpcontent/uploads/sites/7/2024/02/Plan-Provincial-de-Salud-2024-2030.pdf>. Consulta 24-9-25.



9. Palozzi G, Schettini I, Chirico A. Enhancing the Sustainable Goal of Access to Healthcare: Findings from a Literature Review on Telemedicine Employment in Rural Areas. *Sustainability*. 2020; 12(8):3318. <https://doi.org/10.3390/su12083318>
10. Stewart E, Milton A, Yee HF, et al. eHealth Tools That Assess and Track Health and Well-being in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2022;24(5):e26015. Published 2022 May 12. doi:10.2196/26015
11. Toll K, Spark L, Neo B, et al. Consumer preferences, experiences, and attitudes towards telehealth: Qualitative evidence from Australia. *PLoS One*. 2022;17(8):e0273935. Published 2022 Aug 31. doi:10.1371/journal.pone.0273935
12. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC : OPS, 2016. ISBN 978-92-75-31903-1
13. Tong SYK, Jackson TM, Lau AYS. Virtual physical examination in teleconsultation: A scoping review. *Int J Med Inform*. 2024;191:105561. doi:10.1016/j.ijmedinf.2024.105561
14. Ansary AM, Martinez JN, Scott JD. The virtual physical exam in the 21st century. *J Telemed Telecare*. 2021;27(6):382-392. doi:10.1177/1357633X19878330
15. Lu AD, Veet CA, Aljundi O, Whitaker E, Smith WB, Smith JE. A Systematic Review of Physical Examination Components Adapted for Telemedicine. *Telemedicine and e-Health*. 2022;28(12):1764-1785. doi:10.1089/tmj.2021.0602
16. Dixon RF, Stahl JE. Virtual visits in a general medicine practice: a pilot study. *Telemed J E Health*. 2008;14(6):525-530. doi:10.1089/tmj.2007.0101
17. DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD INICIAL – PM CLASE I- II. Equipo para la toma de signos vitales. Disponible en: [https://helena.anmat.gob.ar/uploads/pdfs/dc\\_49456\\_30710809069\\_6590.pdf?rnd=0c47c428-5423-4568-b803-475db3d9cc41](https://helena.anmat.gob.ar/uploads/pdfs/dc_49456_30710809069_6590.pdf?rnd=0c47c428-5423-4568-b803-475db3d9cc41). Consulta 3-11-25.
18. DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD INICIAL – PM CLASE I- II. Electrocardiógrafos. Disponible en: [https://helena.anmat.gob.ar/uploads/pdfs/dc\\_60821\\_30702297520\\_3037.pdf?rnd=30a7a61e-3c96-45df-9faa-bffa3e9b0510](https://helena.anmat.gob.ar/uploads/pdfs/dc_60821_30702297520_3037.pdf?rnd=30a7a61e-3c96-45df-9faa-bffa3e9b0510). Consulta 3-11-25.
19. DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD INICIAL – PM CLASE I- II. Sistema de Diagnóstico por Ultrasonido. Disponible en: [https://helena.anmat.gob.ar/uploads/pdfs/dc\\_60319\\_30662938374\\_3796.pdf?rnd=3eea3631-1cd5-4060-a63a-a4fddea55f2e](https://helena.anmat.gob.ar/uploads/pdfs/dc_60319_30662938374_3796.pdf?rnd=3eea3631-1cd5-4060-a63a-a4fddea55f2e). Consulta 3-11-25.
20. All In One Telehealth Platform (Español). GitHub. Disponible en: <https://github.com/ciips-code/aiotp/wiki/All-In-One-Telehealth-Platform--%28Espa%C3%B1ol%29#Requisitos-de-Instalaci%C3%B3n>



21. Kits de Telemedicina. Fondos Rotatorios Regionales. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: [https://www.paho.org/sites/default/files/2025-04/telehealth-spa-v3\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/2025-04/telehealth-spa-v3_0.pdf)
22. Martínez Montaña M del L, Briones Rojas R, Cortés Riveroll. Metodología de la investigación para el área de la salud. Segunda edición. México, DF: McGraw-Hill Interamericana; 2015.JGR. ISBN: 978-607-15-0947-5
23. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Equidad. Secretaría de Calidad en Salud. Subsecretaría de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria. Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización. Documento de buenas prácticas para la Teleconsulta. Teleconsulta con el/la paciente. 2021. IF-2021-124291043-APN-DNCSSYRS#MS Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/360000-364999/362465/res581.pdf>. Consulta 14-10-25.
24. Verma N, Buch B, Taralekar R, Acharya S. Diagnostic Concordance of Telemedicine as Compared With Face-to-Face Care in Primary Health Care Clinics in Rural India: Randomized Crossover Trial. JMIR Form Res. 2023;7:e42775. Published 2023 Jun 23. doi:10.2196/42775
25. Leo DG, Buckley BJR, Chowdhury M, et al. Interactive Remote Patient Monitoring Devices for Managing Chronic Health Conditions: Systematic Review and Meta-analysis. J Med Internet Res. 2022;24(11):e35508. Published 2022 Nov 3. doi:10.2196/35508
26. Heffernan M, Mittal R, Tafuto B. Implications of Mobile Technology on Hospitalization Rates in Medically Underserved Areas Worldwide: A Systematic Review. Cureus. 2025;17(2):e78409. Published 2025 Feb 3. doi:10.7759/cureus.78409
27. Canada's Drug Agency | CDA-AMC [Internet]. Disponible en: <https://www.cdaamc.ca/>
28. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019. ISBN 978-92-4-155050-5
29. Telehealth.HH.gov. Políticas de telesalud. Disponible en: <https://telehealth.hhs.gov/es/proveedores/pol%C3%ADticas-telesalud> Consulta: 26-11-25.
30. Telehealth.HHs.gov. La telesalud para zonas rurales. Disponible en: <https://telehealth.hhs.gov/es/proveedores/guias-de-mejores-practicas/la-telesalud-rural/comenzando#consideraciones-para-el-inicio-o-la-ampliacion-de-su-consulta-de-telesalud>. Consulta 25-11-25.



31. Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. 2011. Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2011/088/L00045-00065.pdf>. Consulta 26-11-25.
32. Marco legal aplicable a la telemedicina en la UE. Europa al día. 2013, 390: 1-6. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/577EAFDD9C1584F205257EF40073CB6B/\\$FILE/BEA.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/577EAFDD9C1584F205257EF40073CB6B/$FILE/BEA.pdf). Consulta 26-11-25.
33. Gobierno de Brasil aprueba la Ley que regula la telesalud. Disponible en: <https://saluddigital.com/comunidades-conectadas/gobierno-de-brasil-aprueba-finalmente-uso-de-telesalud-nacionalmente/>. Consulta: 25-11-25.
34. González, Cristian et al. Telesalud: una estrategia digital para la gestión de la demanda de la atención primaria de salud en Chile. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. v. 49, e68. Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.68>>. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2025.68>. Consulta: 25-11-25.
35. Ministerio de Salud. Ley N° 21.541: modifica la normativa que indica para autorizar a los prestadores de salud a efectuar atenciones mediante telemedicina. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2023. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1190336>. Consulta: 25-11-25.
36. Salud y Guía jurídica sobre Telemedicina. Disponible en: <https://www.gub.uy/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/sites/agencia-gobierno-electronico-sociedad-informacion-conocimiento/files/documentos/noticias/guiatelemedicina.pdf>. Consulta 26-11-25.
37. Hughes y Hughes. Telemedicina . Análisis de la Nueva Ley 19.869 y los Desafíos ante la Pandemia de COVID-19. Disponible en: <https://www.hughes.com.uy/data/reports/files/1587331425a.pdf>. Consulta 26-11-25.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. Colombia. Nuevo Marco Reglamentario para la Telesalud en Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/nuevo-marco-reglamentario-para-la-telesalud-en-colombia-18122019.pdf>. Consulta: 26-11-25.
39. Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias. Reglamento de la Ley N° 30421. Ley Marco de Telesalud. Lima, Perú. 2019. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3389780/Reglamento%20de%20la%20Ley%20N%C2%B0%2030421%2C%20Ley%20marco%20de%20Telesalud.pdf?v=1657552656>. Consulta 26-11-25.



40. Benziger CP, Huffman MD, Sweis RN, Stone NJ. The Telehealth Ten: A Guide for a Patient-Assisted Virtual Physical Examination. *Am J Med.* 2021;134(1):48-51. doi:10.1016/j.amjmed.2020.06.015
41. Curfman AL, Hackell JM, Herendeen NE, et al. Telehealth: Improving Access to and Quality of Pediatric Health Care. *Pediatrics.* 2021;148(3):e2021053129. doi:10.1542/peds.2021-053129
42. Esposito S, Rosafio C, Antodaro F, et al. Use of Telemedicine Healthcare Systems in Pediatric Assistance at Territorial Level: Consensus Document of the Italian Society of Telemedicine (SIT), of the Italian Society of Preventive and Social Pediatrics (SIPPS), of the Italian Society of Pediatric Primary Care (SICuPP), of the Italian Federation of Pediatric Doctors (FIMP) and of the Syndicate of Family Pediatrician Doctors (SIMPeF). *J Pers Med.* 2023;13(2):198. Published 2023 Jan 22. doi:10.3390/jpm13020198
43. Plan Nacional de Telesalud 2018-2024. Disponible en: [https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/anexo\\_plan\\_nacional\\_de\\_tesalud\\_def.pdf](https://www.argentina.gov.ar/sites/default/files/anexo_plan_nacional_de_tesalud_def.pdf). Consulta: 25-11-25.
44. El kit de telesalud ultraportátil de la OPS lleva servicios especializados de atención primaria de salud a comunidades remotas de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Publicado el 18 de marzo, 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/18-3-2025-kit-telesalud-ultraportatil-ops-lleva-servicios-especializados-atencion-primaria>
45. Equipo de telesalud latinoamericano para atención médica básica. Medscape. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5914068>
46. OPS y Mendoza dan pasos decisivos para el acceso a medicamentos a través del Fondo Estratégico - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. April 9, 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-4-2025-ops-mendoza-dan-pasos-decisivos-para-acceso-medicamentos-traves-fondo-estrategico>
47. Tablet 10 Pulgadas 32gb 2gb Hd Ips Ram Wifi Bluetooth Memoria Expandible Micro Sd Android 13 Kelyx Color Negro. Disponible en: <https://www.mercadolibre.com.ar/tablet-10-pulgadas-32gb-2gb-hd-ips-ram-wifi-bluetooth-memoria-expandible-micro-sd-android-13-kelyx-color-negro/p/MLA45734529>
48. Gobierno de Mendoza, Ministerio de Salud y Deportes. Ley N° 9539. Disponible en: [https://boe.mendoza.gov.ar/publico/pdf\\_pedido/758836361a418c505335762dfb25a46b7dca8d8a62](https://boe.mendoza.gov.ar/publico/pdf_pedido/758836361a418c505335762dfb25a46b7dca8d8a62)
49. Ministerio de Salud y Deportes. Nomenclador de Prestaciones de Salud 2025. Publicado online 1 de febrero, 2025. Disponible en: <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2025/01/NOMENCLADOR-VIGENTE-AL-01-02-2025.pdf>



50. Marina N, Bayón JC, López de Santa María E, et al. Evaluación económica e impacto presupuestario de un procedimiento de telemedicina para el control de calidad de las espirometrías en atención primaria. *Arch Bronconeumol*. 2016;52(1):24-28. doi:10.1016/j.arbres.2015.02.012
51. Telemedicine, Cost Effectiveness, and Patients Satisfaction: A Systematic Review. *ResearchGate*. Published online August 8, 2025. doi:10.26911/thejhpm.2020.05.02.02
52. De Guzman KR, Snoswell CL, Caffery LJ, Smith AC. Evaluaciones económicas de las consultas telefónicas y por videoconferencia en atención primaria: Una revisión sistemática. *Revista de Telemedicina y Teleasistencia* . 2021;30(1):3-17. doi: 10.1177/1357633X211043380
53. Rosero-Villarreal F and Sánchez del Hierro G. Aspectos éticos en telemedicina. Revisión de la literatura. *Acta Bioethica* 2024; 30(2): 253-261. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2024000200253>
54. Moran M. Salud. Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

