

**SALVADOR TARODO SORIA (Coord.)**

# **ASPECTOS JURÍDICOS Y ÉTICOS DE LA SALUD DIGITALIZADA**

JURÍDICO

**REUS**  
EDITING

**EOLAS**  
ediciones

- MONOGRAFÍAS -



# ASPECTOS JURÍDICOS Y ÉTICOS DE LA SALUD DIGITALIZADA

© SALVADOR TARODO SORIA (Coord.)

**EOLAS**  
ediciones

**REUS**  
EDITORIAL

## Director Editorial

Raúl Sánchez Díez

## Consejo Editor

### Director

David García Bartolomé

Profesor de Derecho Procesal

Universidad Autónoma de Madrid

Antonio Vicente Sempere Navarro

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

Magistrado del Tribunal Supremo

Juan Antonio García Amado

Catedrático de Filosofía del Derecho, Universidad de León

Antonio Rovins Vilas

Catedrático de Derecho Constitucional, Universidad Autónoma de Madrid

Miguel Díaz y García-Conlledo

Catedrático de Derecho Penal, Universidad de León

María Paz García Rubio

Catedrático de Derecho Civil, Universidad de Santiago de Compostela

Gilberto Pérez Del Blanco

Profesor de Derecho Procesal, Universidad Autónoma de Madrid

Stefano Pacchi

Professore Ordinario di Diritto Commerciale, Università di Siena (Italia)

Marta Gonzalo Quiroga

Profesor titular de Derecho Internacional Privado, Universidad Rey Juan Carlos

María Teresa Alameda Castillo

Profesora titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Universidad Carlos III

Hugo López López

Profesor Titular de Derecho Financiero y Tributario, Universidad Pública de Navarra

Raquel Escatla Romero

Profesor Contratado Doctor de Derecho Romano, Universidad Autónoma de Madrid

Miguel Gimeno Ribes

Profesor Ayudante Doctor de Derecho Mercantil, Universidad de Valencia

Ara de Marcos Fernández

Profesora Contratada Doctora de Derecho Administrativo, Universidad Autónoma de Madrid

Manuel Pérez García

Letrado del Tribunal de Cuentas, Subdirector Adjunto de la Asesoría Jurídica Sección de Fiscalización,  
Ex letrado del Tribunal Supremo

Juan Gonzalo Ospina Serrano

Abogado, Profesor de Derecho Penal colaborador, Letrado Diputado V del Ilustre Colegio de Madrid

ISBN 979-13-87753-01-6

Depósito Legal: LE 891-2025

**DISEÑO PORTADA Y MAQUETACIÓN:**  
Mikel Mandon / contact@eulas.es

**Impreso en España**

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (<http://www.cedro.org>) o a [www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com) (91 702 19 70 / 93 272 04 47).



# EL USO DE TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN, INTERNET E INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN SALUD, Y SU IMPACTO EN LAS PERSONAS, COMUNIDADES Y PROFESIONALES DE SANIDAD EN ZONAS RURALES

CONCEPCIÓN UNANUE CUESTA

Profesora Ayudante Doctora

Departamento de Sociología y Trabajo Social

Universidad de Valladolid

SUMARIO: 1. INTRODUCCIÓN. 2. METODOLOGÍA. 3. TRABAJO DE CAMPO Y FASES DE INVESTIGACIÓN. PRIMEROS RESULTADOS. 4. RESULTADOS COMUNES Y PUNTOS DE CONSENSO. 5. ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA LA REFLEXIÓN. 6. BIBLIOGRAFÍA.

## 1 INTRODUCCIÓN

La prestación de servicios de atención médica mediante las Tecnologías de la Información y Comunicación (de ahora en adelante TICs), ha experimentado un aumento significativo en su relevancia y utilización a partir de 2019, en gran medida atribuible a la pandemia de COVID-19. Sin embargo, más allá de su capacidad para facilitar la adaptación de la atención médica a situaciones extraordinarias y complejas, así como de sustituir la atención personalizada de los profesionales de la salud, surge el interrogante sobre si se ha llevado a cabo un proceso informativo dirigido a comunidades y profesionales de la salud. Además, es crucial determinar si se cumplen los requisitos esenciales para que esta modalidad se vuelva una práctica habitual en el ámbito de la atención médica. Asimismo, es necesario explorar el impacto que esta transición pueda tener en las comunidades y su gobernanza, y si la adopción de las TICs en la atención médica constituye una decisión consensuada o impuesta.

Con el propósito de abordar estas cuestiones, se llevó a cabo una investigación prospectiva empleando metodología cualitativa. Se busca aproximarse a las comunidades,



agentes sociales y profesionales de la salud en tres territorios específicos, realizando un análisis transnacional. El objetivo principal es evaluar el impacto de estas medidas más allá del ámbito del derecho a la salud, considerando su compatibilidad con la intención de establecer población en áreas rurales. Se explorará la posibilidad de conflictos de valores y prioridades, así como la necesidad de nuevas consideraciones éticas tanto para las comunidades como para el personal sanitario.

Al examinar literatura científica relacionada con la telemedicina y la prestación de atención sanitaria mediante Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), se observa que desde la década de 1970 se han documentado enfoques que conceptualizan la telemedicina como un medio de conexión entre consultorios, centros de salud y domicilios de los individuos. En este contexto, se considera la telemedicina como una opción más, según lo expresado por Mark RG<sup>1</sup>. Por otro lado, la definición proporcionada por la Asociación Americana de Telemedicina (ATA) presenta la telemedicina como el intercambio de información médica entre ubicaciones distintas mediante vías de comunicación electrónicas, con el propósito de contribuir a la salud y educación tanto del paciente como del proveedor de servicios sanitarios, con el objetivo final de mejorar la asistencia al paciente<sup>2</sup>. En esta definición, se destaca la importancia de analizar críticamente el objetivo de mejorar la asistencia a las personas, considerando aspectos como los resultados, impacto, características, necesidades específicas y la percepción de las personas y comunidades respecto a la mejora en la atención sanitaria, o bien comprobar si no se produce dicha mejora<sup>3</sup>.

En la interacción entre el personal sanitario y los pacientes, se identifican dos elementos cruciales: la seguridad de la comunicación efectiva y el respeto por las elecciones voluntarias de las personas de manera individual<sup>4</sup>. Estos aspectos se tornan desafiantes de asegurar en el nuevo paradigma de las TICs. Además, se subraya la autonomía profesional del personal sanitario como condición central para ejercer su práctica de manera libre en la atención a los y las pacientes<sup>5</sup>. La autonomía es esencial

- 1 MARK RG. (1974). "Telemedicine system: the missing link between homes and hospitals?" *Modern nursing home*. 32, 39-42.
- 2 Association Telemedicine American (ATA). (2020). Obtenido de <https://www.americantelemed.org/>
- 3 BRAUN, M., HUMMEL, P., BECK, S., & DABROCK, P. (2021). "Primer on an ethics of AI-based decision support systems in the clinic". *Journal of Medical Ethics*, 47(12), e3.
- 4 CHANDRA, S., MOHAMMADNEZHAD, M., & WARD, P. (2018). "Trust and communication in a doctor-patient relationship: A literature review". *Journal of Healthcare Communications*, 3(3), 1-6.
- 5 WILSON, C. B. (2013, March 25). "Physician autonomy essential to patient care". *World Medical Journal*. <<https://www.wma.net/blog-post/physician-autonomy-essential-to-patient-care/>> [fecha de consulta, 19 de octubre de 2021]

para la toma de decisiones sobre la atención, y debe ser preservada para garantizar una atención de calidad.

En este texto, exponemos los resultados derivados de la investigación llevada a cabo durante el tercer trimestre de 2021, el año 2022 y los cinco primeros meses de 2023 en el entorno rural fronterizo de Castilla y León y Portugal, así como en la región meridional de Italia, conocida como "Mezzogiorno". La investigación contó con la participación de personas residentes y usuarias del sistema de salud de los distintos territorios, profesionales sanitarios que ejercen y/o residen en las áreas objeto de estudio, asociaciones vecinales y comunitarias dentro del ámbito de la investigación, y algunos/as representantes políticos/as de las mencionadas zonas.

La investigación realizada adopta una perspectiva de género y emplea un enfoque interseccional. Al examinar los territorios en los que se llevó a cabo la investigación, se identifican características específicas tanto en la población como en las infraestructuras necesarias para garantizar condiciones mínimas de conexión y uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en el ámbito de la salud.

En cuanto a la población, se destaca un envejecimiento notable y una masculinización pronunciada, así como comunidades sociales con dinámicas relacionales, toma de decisiones y circulación de información altamente particulares. Respecto a la infraestructura de conexión a las TICs, se evidencia la ausencia de una conexión estable en los núcleos rurales del territorio investigado, llegando incluso a la falta de cobertura de telefonía móvil en algunas áreas. En este contexto, es crucial considerar la existencia de brechas de género y edad digital en los territorios objeto de investigación.

La configuración específica de este territorio condiciona y limita el impacto potencial de las TICs en la salud, afectando la autonomía y las decisiones de la población en relación con su salud individual y comunitaria. Además, se señala la posibilidad de generar nuevas responsabilidades para el personal sanitario<sup>6</sup>.

## 2. METODOLOGÍA

La metodología empleada se caracteriza por ser cualitativa, prospectiva y multicéntrica. La elección de esta metodología se justifica en la consideración de que, al someter los resultados a un enfoque cuantitativo, los bajos niveles poblacionales en lo

- 6 RAJPURKAR, P., CHEN, E., BANRJEE, O., & TOPOL, E. J. (2022). "AI in health and medicine". *Nature Medicine*, 28(1), 31-38.



que se denomina como "Europa vaciada" podrían carecer de significación estadística suficiente. En cambio, el enfoque cualitativo posibilita la visibilizar y dimensionar la realidad, permitiendo una comprensión profunda de los resultados obtenidos, así como su vinculación con las causas subyacentes. Esta aproximación implica la participación activa de las personas del territorio en el proceso de investigación.

La adopción de una metodología cualitativa implica la incorporación de las perspectivas y opiniones de los y las participantes en la investigación. Esto permite entender cómo comprenden, experimentan o se ven afectados/as por el tema de estudio, y todo ello enmarcado en sus contextos reales y cotidianos. Asimismo, posibilita la información y consulta sobre los procesos de investigación, otorgando a las comunidades cierta autonomía y la capacidad de hacer propuestas durante el desarrollo del estudio. Esto conlleva flexibilidad y adaptabilidad en la recopilación de datos y el análisis, así como la participación activa en las discusiones y conclusiones del estudio. Además, se integran aspectos fundamentales como el empoderamiento de las personas, la colaboración basada en un proceso participativo, la circulación de conocimiento y el cambio social<sup>7</sup>.

En términos de herramientas de la metodología cualitativa, se optó por utilizar entrevistas en profundidad, entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Esta elección permitió reformular y aclarar cuestiones cuando fue necesario, contribuyendo a una comprensión más completa y detallada de los aspectos investigados.

En lo que concierne a los aspectos de calidad y ética en el ámbito de la investigación, se ha prestado especial atención a cuestiones fundamentales como la veracidad, el compromiso y la ética intelectual, la imparcialidad, la responsabilidad y el respeto a los derechos humanos, incluyendo la privacidad, la autonomía y la capacidad de las personas y comunidades para retirarse de la investigación, así como la autodeterminación de las comunidades y sus valores culturales y prioridades individuales.

Siguiendo la perspectiva de Espinoza<sup>8</sup>, se reconoce que los aspectos éticos deben ser considerados desde las etapas iniciales de la investigación, abarcando el diseño y la planificación, hasta la presentación de datos, su discusión y la obtención de resultados y conclusiones. Esto se logra mediante una reflexión continua sobre la aplicación de los fundamentos de la investigación cualitativa.

7 BASTIDAS, E. y GONZALES, C. (2009). "Social Cartography as a Tool for Conflict Analysis and Resolution: The Experience of the Afro-Colombian Communities of Robles". *Peace and Conflict Studies*, 15(2), 1-14, <https://core.ac.uk/download/pdf/51073157.pdf>

8 ESPINOZA, E., & TOSCANO, D. (2015). *Metodología de Investigación Educativa y Técnica*. Ediciones Utmach, Machala, 2015.

En relación con las diversas fases y aspectos del enfoque cualitativo, se ha dedicado especial atención a cuestiones éticas clave durante:

- La preparación y el diseño. Se enfatiza la importancia del objeto de estudio y se analiza la capacidad del equipo de investigación y de las personas involucradas en su implementación. Se ha tenido precaución especial para evitar la exposición de las personas que aceptaron participar en la investigación, utilizando la "no exposición" como medida para evitar posibles perjuicios dentro de la comunidad o la generación de dinámicas de exclusión y/o enfrentamientos.
- Preguntas de Investigación. Las interrogantes planteadas deben estar altamente enfocadas y adaptadas a las particularidades de las comunidades, considerando el impacto personal y comunitario que puede surgir al reflexionar y responder a tales preguntas. Es esencial informar claramente sobre el propósito de la investigación, abordando todas las inquietudes planteadas por personas o comunidades.
- Trabajo con la Muestra. Se debe explicar claramente las expectativas y finalidad a quienes elijan participar, asegurando la posibilidad de retirarse en cualquier momento. Se busca una muestra de trabajo diversa para lograr representatividad, haciendo hincapié en evitar sesgos relacionados con género, edad, capacidad/discapacidad, orientación sexual, racialización, entre otros.
- Recopilación de Información y Datos. Se deben evitar influencias conscientes o inconscientes por parte de los y las investigadoras, garantizando espacios alternativos para quienes opten por no participar en grupos focales. Se presta especial atención a temas que inicialmente no se consideran centrales, pero que pueden surgir en los grupos, reconociendo la importancia de estos temas para las comunidades y las personas.
- Discusión de Datos y Conclusiones. A pesar de la búsqueda de objetividad, es crucial reconocer que trabajamos y analizamos cuestiones subjetivas, tanto a nivel personal como comunitario. Se debe tener especial cuidado para asegurar que la participación en la investigación no cause daño o intromisión en las dinámicas de las comunidades ni en la vida de las personas. Esto implica respetar el protocolo de investigación científica y, al mismo tiempo, no perder de vista las consideraciones éticas como investigadores/as, permitiéndonos identificar posibles dilemas éticos a lo largo de las diversas fases de la investigación, con el objetivo de aportar en lugar de simplemente extraer datos e información.

Los elementos mencionados previamente abarcan aspectos de calidad investigativa que se alinean con los criterios establecidos en los 32 elementos COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research). Estos criterios tienen



como objetivo asegurar la elaboración de informes integrales y transparentes, que posean rigor, exhaustividad y credibilidad en estudios realizados mediante entrevistas y grupos focales<sup>9</sup>.

Adicionalmente, se implementó la triangulación como una herramienta que confiere confiabilidad a la investigación cualitativa, abordando la diversidad de perspectivas sobre realidades y hechos similares<sup>10</sup>. Esta estrategia permite emplear diferentes enfoques para profundizar en el conocimiento y fortalecer la validez de los hallazgos<sup>11</sup>.

### 3. TRABAJO DE CAMPO Y FASES DE INVESTIGACIÓN

Manifestar que las etapas del trabajo de campo y las demás fases de investigación han sido ejecutadas de manera uniforme en los tres territorios objeto de estudio, configurando un enfoque multicentro.

El estudio involucra tres equipos de investigación, bajo la coordinación de la investigadora principal. Esta estructura aporta diversas perspectivas<sup>12</sup>, mitigando la probabilidad de sesgo por parte del equipo de investigación<sup>13</sup>.

Se ha llevado a cabo la segregación de dos muestras independientes, para posteriormente, durante la fase de grupos focales y en la discusión de datos, fomentar la convergencia de ambas muestras en los mismos entornos participativos.

En consecuencia, se configura una muestra compuesta por la población residente en los territorios, y otra muestra constituida por profesionales sanitarios que desempeñan sus funciones en dichos territorios, abarcando disciplinas como la medicina de familia, enfermería, especialistas de Centros de Salud Comarcales, así como

<sup>9</sup> TONG, A., SAINSBURY, P., CRAIG, J. (2007). "Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups". *Int J Qual Health Care*. 19(6), 349-357.

<sup>10</sup> PATTON, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3ª Ed. Thousand Oaks, Sage.

<sup>11</sup> DONOLO, D.S. (2009). "Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación". *Revista Digital Universitaria*, 10 (8). <<http://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/art53.pdf>> [fecha de consulta, 12 de enero de 2021]

<sup>12</sup> PERELLÓ, S. (2011). *Metodología de la investigación social*. Dykinson, Madrid.

<sup>13</sup> TASHAKKORI, A. y TEDDLIE, C. (2003). "The past and future of mixed methods research: From data triangulation to mixed model designs", en *Handbook on mixed methods in the behavioural and social sciences*, A. TASHAKKORI y C. TEDDLIE (Eds.), Sage, Thousand Oaks, pp. 671-702.

especialistas cuya figura no está presente en los Centros de Salud Comarcales, pero que prestan atención a la población de estas áreas.

En cuanto a la muestra, se indicarán unos datos generales, han participado un total de 487 personas, la distribución del total en función de los tres territorios en los que se desarrolló la investigación, corresponde a: Estado español 168, Portugal 136 e Italia 116. En cuanto a las edades de las personas participantes, oscilan desde los 15 a los 97 años.

En este punto debemos manifestar que a pesar de que la intención de que hubiera equilibrio entre hombres y mujeres, la masculinización propia de algunos grupos de edad, hizo imposible dicha paridad, no obstante, hemos contado con un 48% de mujeres, y también con personas pertenecientes a la comunidad LGTBIQ+.

En las primeras fases se recopiló información diferenciada según la pertenencia al grupo de personas residentes, o al de personal sanitario, los primeros resultados fueron:

#### 1) Para la muestra de personas residentes:

- Muestran familiaridad con la Teleasistencia y expresan una valoración positiva al respecto.
- Reconocen haber buscado información sobre temas de salud en Internet, aunque manifiestan inseguridad sobre la fiabilidad de los sitios consultados y dificultades para comprender la información debido al vocabulario técnico y a la complejidad de los datos y términos.
- Existe un profundo respeto hacia el personal sanitario.
- El 48% de la muestra no dispone de ordenador, tablet ni teléfono móvil con conexión a Internet, siendo este porcentaje del 42% en algunas zonas de Portugal.
- Las expresiones más recurrentes asociadas a la telemedicina y las TIC en salud son: desconfianza, inseguridad, miedo y percepción de un posible impacto negativo en su calidad de vida y autonomía individual y comunitaria.
- Se señala la preocupación por la pérdida de personal sanitario y cómo los cambios pueden afectar su salud y su derecho a decidir dónde residir.
- La desconfianza e incertidumbre se manifiestan especialmente en relación con el manejo y almacenamiento de la información e imágenes generadas durante las consultas virtuales.



- Se identifican grupos vulnerables, como personas con dificultades de comunicación, mujeres víctimas de violencia de género, menores en situaciones de abuso/agresión familiar, personas LGTBQ+, aquellas personas con deterioro cognitivo y personas en exclusión, como los grupos más afectados por este eventual cambio.
- A pesar de las reservas, subrayan la importancia de servicios como la receta electrónica y la posibilidad de seguimiento mediante dispositivos para monitorizar constantes vitales.
- Las mujeres expresan preocupación por la pérdida de la sala de espera como un espacio común y seguro, especialmente para aquellas que sufren violencia de género. Destacan la importancia de poder hablar sin la presencia de sus parejas y expresan el temor de ser medicadas injustificadamente si las consultas son virtuales.
- Se señala, en muchos casos, que, si hay un teléfono móvil en el hogar, suele ser propiedad del hombre, lo que sugiere que la brecha digital de género podría convertirse en una brecha sanitaria, afectando directamente la salud y calidad de vida de las mujeres.
- Se pronostica que se recuperará la valoración de los conocimientos sobre salud y cuidados que las mujeres han aportado a las comunidades, incluyendo el uso de plantas medicinales, observación y registro de datos, redes de autoayuda y asistencia en situaciones de urgencia, como partos.

## 2) Para la muestra de personal sanitario:

- Se manifiesta un grado significativo de escepticismo frente a la posible sobrecarga que podría conllevar la implementación de un sistema mixto de atención, combinando modalidades presenciales y virtuales. A pesar de reconocer aspectos positivos en el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs), existe una reticencia fundamentada en las preocupaciones relacionadas con la carga laboral, las dinámicas sociales y la incapacidad de garantizar una cobertura y conexión de calidad las 24 horas en todos los núcleos rurales a lo largo del año.
- Se teme que habría personas que podrían desconectarse completamente del sistema sanitario, potenciando la presencia de patologías graves en estadios avanzados cuando lleguen a primera consulta.
- Se manifiesta preocupación ante la posibilidad de nuevas exclusiones sociales y sanitarias asociadas a avances tecnocientíficos.

- Será esencial un periodo de formación para asegurar la prestación de una atención de calidad.
- Se destaca que, en su práctica profesional, el personal médico consulta fuentes en internet tanto en espacios confiables y especializados como con colegas.
- El 100% del personal médico de atención primaria manifiesta un fuerte apego a su trabajo, en gran medida debido al contacto directo con las personas en su contexto. En contraste, el 76% del personal médico especialista expresó que preferiría no desplazarse a los Centros de Salud Comarcales, aspirando a obtener una plaza en núcleos más grandes o en ciudades, visualizando esta transición como una etapa deseada.
- Se resalta que el personal de enfermería establece un vínculo significativo con la población local y posee una amplia información tanto sanitaria como personal. Este conocimiento contribuye directamente al seguimiento de tratamientos, detección de necesidades y prestación de servicios sanitarios más eficaces y efectivos.
- A pesar de reconocer que la implementación de nuevas tecnologías podría facilitar su labor, no ven posible un cambio de paradigma en la atención sanitaria rural.

## 4. RESULTADOS COMUNES Y PUNTOS DE CONSENSO

Tras la primera etapa de trabajo segregado, tiene lugar la fase en la que la segregación desaparece y los grupos están integrados por personas residentes y por personal sanitario, los principales resultados de los grupos de discusión son:

- La digitalización en el ámbito de la salud no representa un fin ni una meta, sino más bien una nueva vía de intervención destinada a resolver y mejorar los procesos existentes. Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) no están diseñadas para reemplazar la comunicación real y el contacto directo en entornos de atención médica.
- Se propone un enfoque mixto aceptable tanto para la población como para profesionales de la salud, donde las TIC complementen y faciliten el contacto y la comunicación, sin llegar a suplantar la presencialidad. Se destaca la importancia de las tecnologías de monitorización, que son altamente valoradas tanto por la población como por personal sanitario.
- Las tecnologías de seguimiento de tratamientos y medicación se presentan como herramientas esenciales para garantizar el cumplimiento adecuado de los



...encontramos por lo tanto, el concepto de "proceso de desarrollo" que se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

## 2. ASPECTOS FUNDAMENTALES PARA LA ACCIÓN

Para finalizar, los aspectos de fondo en los que se fundamenta el proceso de desarrollo son los siguientes: la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.

En consecuencia, el concepto de "proceso de desarrollo" se refiere a la capacidad de la comunidad para resolver los problemas que se le presentan y para mejorar su calidad de vida.



producirse como asistencia sanitaria, siguiendo protocolos, garantías legales, prácticas éticas y respetando las decisiones personales y comunitarias.

- Aceptación de Tecnologías en Seguimiento y Control. Las comunidades y profesionales aceptan sin desconfianza el uso de tecnologías en seguimientos, fidelización de tratamientos y control de medicación en casos como dispositivos de monitorización de constantes vitales, sistemas de control y dispensación de medicación, consultas virtuales, entre otros.

- Cuestiones Estratégicas para una Reflexión Ética ante el cambio:

Gobernanza: Se propone un cambio hacia modelos colaborativos y participativos entre personas, comunidades y personal sanitario en la gobernanza de la atención médica.

Compromiso y Participación de las Administraciones: Las administraciones deben comprometerse y participar activamente para garantizar la conexión, los recursos y la usabilidad a través de la formación de todas las personas involucradas en el proceso de implementación de tecnologías en la atención sanitaria.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Association Telemedicine American (ATA). (2020). Obtenido de <https://www.americatelemed.org/>
- BASTIDAS, E. y GONZALES, C. (2009). "Social Cartography as a Tool for Conflict Analysis and Resolution: The Experience of the Afro-Colombian Communities of Robles". *Peace and Conflict Studies*, 15(2), 1-14, <https://core.ac.uk/download/pdf/51073157.pdf>
- BRAUN, M., HUMMEL, P., BECK, S., & DABROCK, P. (2021). "Primer on an ethics of AI-based decision support systems in the clinic". *Journal of Medical Ethics*, 47(12), e3.
- CHANDRA, S., MOHAMMADNEZHAD, M., & WARD, P. (2018). "Trust and communication in a doctor-patient relationship: A literature review". *Journal of Healthcare Communications*, 3(3), 1-6.
- DONOLO, D.S. (2009). "Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación". *Revista Digital Universitaria*, 10 (8). <<http://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/art53.pdf>> [ fecha de consulta, 12 de enero de 2021]
- ESPINOZA, E., & TOSCANO, D. (2015). Metodología de Investigación Educativa y Técnica. Ediciones Utmach, Machala, 2015.

- MARK RG. (1974). "Telemedicine system: the missing link between homes and hospitals?". *Modern nursing home*, 32, 39-42.
- PATTON, M. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. 3ª Ed. Thousand Oaks, Sage.
- PERELLÓ, S. (2011). Metodología de la investigación social. Dykinson, Madrid.
- RAJPURKAR, P., CHEN, E., BANRJEE, O., & TOPOL, E. J. (2022). "AI in health and medicine". *Nature Medicine*, 28(1), 31-38.
- TASHAKKORI, A. y TEDDLIE, C. (2003). "The past and future of mixed methods research: From data triangulation to mixed model designs", en *Handbook on mixed methods in the behavioral and social sciences*, A. TASHAKKORI y C. TEDDLIE (Eds.), Sage, Thousand Oaks, pp. 671-702.
- TONG, A., SAINSBURY, P., CRAIG, J. (2007). "Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups". *Int J Qual Health Care*. 19(6), 349-357.
- WILSON, C. B. (2013, March 25). "Physician autonomy essential to patient care". *World Medical Journal*. <<https://www.wma.net/blog-post/physician-autonomy-essential-to-patient-care/>> [fecha de consulta, 19 de octubre de 2021]