LA TELEMEDICINA CARA A CARA

Las consultas *no presenciales* durante la pandemia Covid-19, cuestiones éticas

Comité de ética asistencial de Atención Primaria de Bizkaia
(CEAAPB), diciembre 2020

Índice

1- Introducción
2- Telemedicina, antecedentes
3- Utilización de la teleasistencia durante la pandemia
4- Oportunidades y riesgos (valoración desde la bioética)
5- Recomendaciones
6- Bibliografía
7- Autores

1-Introducción, motivo del documento

Ha sido **enorme el incremento en el uso de la telemedicina**, motivado por la necesidad de proteger la salud de todos (reducir contagios), así como la de proteger al propio sistema de salud (evitar su colapso).

La irrupción de la COVID-19 en nuestras vidas ha supuesto cambios organizativos, sin precedentes en la asistencia sanitaria. Lo que parecía imposible ha ocurrido: las reticencias a las tecnologías han sido vencidas por parte de pacientes y de profesionales sanitarios y, de un modo impensable, el teléfono, la videollamada, la videoconferencia…, se han incorporado a la práctica asistencial. **La teleconsulta ha sustituido en gran medida a la consulta tradicional o "cara a cara"**, llamada, desde no hace tanto, *presencial* para distinguirla de la telemática o virtual.

Ello está afectando profundamente a la forma en que se relacionan los pacientes con los y las profesionales sanitarios y sociales y parece conllevar un cambio cultural que acelera la aceptación de la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para contactar y/o ser atendido en nuestro sistema de salud.
De hecho, según el último estudio **(1)** del uso de la telemedicina en España de nov 20…*uno de cada tres encuestados afirma haber usado la telemedicina durante la pandemia y la mayoría declaran que les ha sido "algo" o "muy útil". Asimismo, el principal uso de esta tecnología ha sido para consultas con el médico de cabecera (73%) y consultar información (15%). Por otro lado, también se ha utilizado la telemedicina para demandar especialidades como: dermatología (7%), pediatría (7%), digestivo (6%), ginecología (6%) y asistencia psicológica (5%).*

El incremento de su uso y, más en concreto, el de los contactos asistenciales *no presenciales*, (única vía ofertada para acceder al servicio de atención primaria hasta bien entrada esta pandemia), **ha traído de la mano una serie de oportunidades y, también, de peligros**.
Al igual que en otras organizaciones, en la sanitaria, también **la eficiencia está desplazando otros fines**. Hoy en día, es habitual que apenas se hable de fines, sino de medios, resultados, cálculo, eficacia…, racionalidad instrumental asociada al imperativo técnico. Este tipo de racionalidad presupone que todo puede ser un medio para otra cosa. Una de sus consecuencias es que se relativiza el valor intrínseco de las cosas y podemos observar que la burocracia, técnica de organización, impregna la raíz de las instituciones, el estado, la justicia, la institución sanitaria, etc. Asistimos a un tiempo de mediaciones técnicas masivas, a medida que aumenta la velocidad en el perfeccionamiento de la técnica, siguiendo su dinámica propia, la búsqueda de mayor eficacia en la adaptación del instrumento o medio técnico al ser humano. Pero, observamos que también sucede el efecto contrario, el ser humano se va adaptando por necesidad, y de modo progresivo, a la técnica.

El profesor Laín Entralgo, analizando la evolución histórica de la relación entre médico y paciente, desde la medicina hipocrática de la Grecia Clásica, en su obra "El médico y el enfermo" (1960), observa que la evolución de la sociedad (división de trabajo, profesionalización, especialización, burocratización, junto otros factores sociales, relacionados con la socialización de la asistencia, los derechos de los pacientes, etc.), y, entre las nuevas condiciones sociales, **la creciente tecnificación de la esfera sanitaria, del diagnóstico y tratamiento, son factores que dificultan que se establezca un contacto "suficientemente humano" entre el paciente (antes enfermo) y el profesional sanitario**. Considera que esta relación, además de su carácter social, determinado por las expectativas recíprocas de sus roles sociales, tiene un carácter personal.
Se trata de una relación basada en la confianza, lealtad mutua, respeto, cooperación, solidaridad, ayuda, asistencia, consejo, cuidado… Este tipo de vínculo o ligazón, desde lo intersubjetivo, enfrenta la alteridad o el encuentro con el Otro, integrando la vulnerabilidad común, la interdependencia. Este carácter de la relación ha ido perdiéndose. Así, en la relación de ayuda frente a la vulnerabilidad, no basta con la suficiencia técnica no maleficente, tampoco pueden servir criterios de eficiencia o racionalidad instrumental, además, se requieren criterios de beneficencia basada en la buena voluntad, en la trama afectiva solidaria, que se transmite a través del encuentro, de la presencia.

Nuestro comité se planteó elaborar este documento porque creemos necesario, tanto desde una perspectiva ética como práctica (la telemedicina ya es una realidad en la práctica asistencial), reflexionar sobre los pros y los contras de esta nueva vía de relación asistencial, pero, vaya por delante, nuestra percepción de que más allá de las ventajas que ofrece en una situación extraordinaria, como la que estamos viviendo, **no vemos justificado un uso sustitutivo y mantenido de la relación asistencial no presencial**.

La reflexión sobre la telemedicina en los momentos actuales, evoca en primer lugar **deberes de justicia** (proteger la salud pública y procurar un reparto justo del recurso limitado "tiempo asistencial"), pero, en el análisis, no podemos olvidarnos de los **derechos del/de la paciente a su autonomía** (capacidad de decisión, de auto-gestión en salud, del manejo y protección de sus datos…), ni de la obligación de los/las profesionales de garantizar una buena asistencia ni, tampoco, de los deberes de la administración sanitaria de evaluar la idoneidad del modelo, que no debiera eludir la valoración de las situaciones y los pacientes concretos (**principios de no maleficencia y justicia**).

2- Telemedicina, antecedentes

El recurso a las TICS en salud se ha entendido desde hace décadas como una **estrategia necesaria ante situaciones excepcionales y/o de países con sistemas sanitarios precarios**, para garantizar la atención ante escasez o gran dispersión de recursos sanitarios, aceptando que es mejor una peor asistencia que ninguna.

2.1 Definición de telemedicina

Significa "medicina a distancia" mediante recursos tecnológicos e incluye consultas o tareas tanto médicas como de enfermería.

J. A. Prados Castillejo (2) en "Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia" nos dice que*: Son muchas las definiciones y matices... la* ***Organización Mundial de la Salud*** *la define como «Aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, investigación y evaluación, y educación continuada de los proveedores de salud,* ***todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades****»…..Más complicado puede ser si se introduce el concepto, a veces solapado, de eHealth. En 2005 ya se aportaban más de 50 definiciones. Este concepto, situado en la intersección entre la informática médica, la salud pública y el interés comercial, se refiere a la aportación de información y servicios de salud en Internet y se ha impregnado también de una filosofía implícita en estas tecnologías: nuevas formas de pensar, trabajo en red, pensamiento global, compartir como valor, etc. que ha hecho que este nuevo concepto tenga cada vez más desarrollo. En esta línea,* ***algunos autores deciden dejar el concepto de telemedicina para la asistencia a distancia en todas sus facetas, quedando incluido dentro del concepto más general de la eHealth****, más en paralelo al de web 2.0, y con la tendencia cada vez más generalizada a incorporar ambos conceptos en la práctica…*

Hoy, el uso de **la telemedicina es una realidad establecida en muchos países**, existiendo numerosas publicaciones de experiencias positivas al respecto.
Su aplicación, ya sea en tiempo real, o modo síncrono, o en tiempo diferido, o asíncrono, puede servir en:

- ✓ **Procesos asistenciales** (teleconsulta).
- ✓ **Apoyo a la continuidad asistencia**. Por ej. ampliación/estudio de un proceso de salud, coordinación con el segundo nivel y/o con los servicios sociales, visualización de resultados de pruebas, gestión de la propia historia clínica. Y en tareas administrativas necesarias: incapacidad laboral temporal (IT), informes...
- ✓ **Información y participación del usuario** (educación sanitaria, autogestión en salud…)
- ✓ **Docencia, formación de profesionales, investigación**.

En nuestro país, previamente a la covid-19, la revolución digital no estaba implantada con fuerza en el sector social y de salud en España, sin embargo, la telemedicina y la teleasistencia en salud no es algo nuevo para nosotros. (3)

Diferenciamos telemedicina de **teleasistencia, que define servicios de atención o seguimiento social a distancia** y que es el término que se utiliza popularmente para denominar un servicio preventivo de asistencia domiciliaria, inmediata y permanente, para la atención de las personas mayores, discapacitadas o con elevado nivel de dependencia.

2.2 Algunos ejemplos de estrategias previas en nuestro medio

2.2.1 Telemedicina en el tratamiento y seguimiento de pacientes

Televigilancia, especialmente útil en el seguimiento de pacientes con patologías crónicas y/o domiciliarios, como son las experiencias Tele-EPOC, PROMIC y muchas otras, en las que participa el paciente y/o familiar responsable e incluyen comunicación telemática de datos de constantes (monitorización con tensiómetro, glucómetro, pulsioxímetro…), y generalmente se basan en un seguimiento virtual combinado con consultas presenciales.
Radiología digital, Cirugía robótica, Teledermatología….
La Telepsiquiatría también tiene un cierto recorrido, con algunas experiencias interesantes (grupos de terapia on-line, teleasistencia de apoyo…).

2.2.2 Historia Clínica Electrónica, ya totalmente asentada en el sistema, es una generadora de nuevas posibilidades de complementación telemática de la asistencia y de la necesaria coordinación entre los niveles sanitarios y sociales para la atención integrada.
Incluida en ella, la Receta Electrónica es una herramienta digital que ha favorecido a usuarios y profesionales y ha mejorado la eficiencia, la seguridad clínica y la calidad de la HCE. Siguieron incorporándose más aplicaciones como la radiología, la IT, la farmacovigilancia, la declaración de las EDO, la anticoagulación.
Asimismo, la Carpeta de Salud, que supone una ayuda en la autogestión en salud ya que ofrece al paciente una ventana de acceso a parte de sus datos personales de salud, pudiendo incorporar y descargar información y comunicarse telemáticamente con sus profesionales de referencia en el nivel AP.
Por otro lado, la HCE contribuye a desburocratizar las consultas al permitir procesos telemáticos, como la elaboración de informes médicos para distintos usos, lo que requiere tener las historias clínicas actualizadas.

2.2.3 Sistema de citación, no por ser un clásico hay que dejar de nombrarlo: la gestión de las citas por medio del teléfono supone el mayor uso de TIC en salud. Complementado en los últimos años con la cita on-line, la alternativa más usada por personas jóvenes que también la utilizan para solicitar citas para sus padres u otros familiares mayores, o a través de la app del *Portal móvil de Osakidetza*, en el que también se incluye el acceso a la carpeta de salud y enlaces a otras app disponibles como por ejemplo “Mi tratamiento activo en Osakidetza”.

2.2.4 Correo electrónico (e-mail). Otro clásico, pero con problemas de limitación en su uso por la necesidad de proteger los datos fuera de la seguridad que ofrece el correo corporativo de Osakidetza. Existe la posibilidad de comunicación protegida por encriptado (ej. experiencias de relación entre nivel social y sanitario).
En 2018, de 27 países europeos, el 19% de los/as médicos/as de AP utilizan correo habitualmente. Su uso es obligatorio en Dinamarca. En un estudio realizado en Gran Bretaña

"*Consultas por correo electrónico entre pacientes y médicos de AP: análisis de contenido*", el 93% contenían información clínica y muy pocas solo contenido administrativo (7%). La mayoría no incluían contenido sensible ni urgente. Eran consultas sobre tratamientos, o constituían una forma de acceso al personal médico, sin pasar por el filtro de los/as administrativos, lo que podría suponer un cambio en el rol médico. Este estudio concluye que la comunicación por correo no reemplaza a las consultas cara a cara, pero resulta otra forma de relación médico-paciente. (4)

2.2.5 Cribado de la demanda en AP. Se trata de una avanzada estrategia, en Osakidetza, de filtrado de la demanda habitual desde el primer momento en que el usuario contacta con el sistema para pedir una cita, potenciando el modo telemático y siendo personal administrativo el que realiza el cribado inicial.
El proyecto TRIAP (TRIaje en Atención Primaria) surge en 2012 a iniciativa de profesionales de la Comarca Interior que, apoyados tanto por la Dirección de la Comarca (entonces gestión solo ámbito AP) como por la Unidad de Investigación de AP de Bizkaia, **plantean un nuevo modelo organizativo** que incluye y posibilita el cribado de la demanda en el primer nivel de atención.
El actual cribado de la demanda vía telefónica dista mucho de poder llegar al planteamiento del pionero programa TRIAP, que, por otro lado, aún no se sustenta en un proceso estructurado y homogéneo en toda la AP del País Vasco.

2.2.6 Interconsultas no presenciales
La relación telemática a través de la HCE o del correo corporativo, entre profesionales de distinto nivel de atención, y sin mediar el paciente, es otra modalidad que puede suponer un avance en la integralidad de la atención ofertada pero que presenta limitaciones como pueden ser falta de entendimiento del objetivo de la derivación, ausencia de acuerdo o protocolo consensuado previamente entre los niveles de atención, inexistencia en el diseño de mecanismo de reciprocidad en el trasvase de información, toma de decisiones sin ver al paciente (tendencia a evitar la visita presencial por el segundo nivel), siendo en ocasiones que, tras la interconsulta no presencial, el profesional del primer nivel lo estima o indica como necesario.

3- Telemedicina durante la pandemia

La Telemedicina tiene su papel en situaciones extraordinarias, como así ha ocurrido **en esta pandemia**, siendo también que **el derecho a la asistencia individual ha cedido ante el deber de proteger la salud de todos** y ello ha supuesto la necesidad de priorizar a qué pacientes atender presencialmente y a cuáles no.

3.1.1 El acceso al sistema de salud

Nunca antes se había utilizado tanto el teléfono para contactar con el sistema o, dicho más claramente, para intentar "que me vea mi médico".
En AP, bien en domicilio o en el centro de salud, sólo personas seleccionadas (de modo no presencial) llegan a una consulta presencial y/o acceden a pruebas complementarias y/o diagnósticas. (5)

Por otra parte, en esta selección se priorizó inicialmente al paciente "Covid" (confirmado o sospecha) en detrimento de otras patologías. Dado que **esta situación se ha mantenido en el tiempo, descuidándose la atención de otras necesidades de salud** que ha afectado especialmente a los pacientes más vulnerables (ancianos, paciente con pluripatología crónica, pacientes domiciliarios...), **convendrá evaluar la repercusión en el corto y también en el medio-largo plazo sobre la morbimortalidad "no covid".**

3.1.2 La consulta asistencial

Esta ha sido ofertada tras la selección del consultante (posible covid o no) y según la valoración de la urgencia y de la necesidad de ser atendido en consulta presencial.
Pues bien, **la gran mayoría de consultas han sido "resueltas" de un modo telemático** y, casi siempre, se ha tratado de una valoración telefónica por parte del médico o de la enfermera de AP. Las consultas presenciales han sido casi anecdóticas y ello está teniendo efectos negativos sobre el seguimiento de patologías agudas y crónicas.

Este documento se centra en la AP pero es necesario comentar el gran esfuerzo de adaptación que el segundo nivel también tuvo que hacer. Utilizó, asimismo, la teleconsulta como nunca antes, detectando dificultades de manejo y necesidades, como la de realizar protocolos unificados para la atención de los problemas de salud más relevantes por especialidad. (6)

3.1.3 Los pacientes ingresados

Se restringieron, incluso se prohibieron, las visitas.
La comunicación virtual con el paciente ingresado en el hospital fue, en muchos casos, un sustituto del contacto humano directo, especialmente en lo que se refiere a familiares o allegados (también el contacto con personal sanitario fue reducido).
Las consecuencias del aislamiento sobre la salud de los ingresados y sus familias, especialmente en el entorno de una muerte próxima, han sido, en demasiados casos, nefastas.
Mucho se ha escrito sobre la necesidad de garantizar el acompañamiento en la enfermedad y humanizar la agonía, y de las dificultades que hubo al inicio de la pandemia (por desconocimiento de la enfermedad y de sus características epidemiológicas y por falta de equipos protección personal para los sanitarios). Ante aquellas duras circunstancias y la imposibilidad de un contacto piel a piel, la necesidad iluminó a la imaginación. Las personas allegadas al enfermo, junto con las iniciativas, la colaboración y, sobre todo, la compasión, de los profesionales de la salud, **permitió construir un contacto diferente** (en absoluto sustituto del contacto humano) que sirvió, a través de teléfono, mensajes, videollamadas, cartas, canciones, dibujos…, para aportar en las horas difíciles un mínimo de calor y comunicación a los pacientes ingresados. En algunas OSI ha habido interesantes experiencias de apoyo psicológico a familiares y pacientes ingresados…

El incremento en el uso de las TIC durante la pandemia está conllevando cambios culturales y un cierto grado de asunción social de una situación que "obliga" a ello y que con el tiempo se va aceptando como "normal".

De cualquier manera, nos parece necesario replantearse hasta cuándo y en qué circunstancias debe mantenerse esta realidad, basada mayoritariamente en diferentes formas de teleconsulta.

4- Oportunidades y riesgos de la telemedicina (valoración ética)

4.A. OPORTUNIDADES:

1. Mejora en la gestión de la demanda
2. Nuevos espacios de encuentro profesional-paciente

4.A-1- Mejora en la gestión de la demanda

Una fortaleza de la telemedicina en situaciones extraordinarias es que posibilita cribar la demanda de consultas, siendo, además, que esta **necesidad de reparto del tiempo asistencial en situación de escasez** (7), no es propio solo de crisis sanitarias, sino que tiene cabida en situaciones normales, precisamente porque **un sistema público de salud,** que depende de recursos públicos limitados, **tiene el deber de gestionarlos éticamente.**
Permite priorizar a las personas que más lo precisan y gestionar más eficientemente la agenda para garantizar una mejor atención, distribuyéndola adecuadamente por tiempos y franjas horarias.

4.A-2- Nuevos espacios de encuentro profesional-paciente

Dos características fundamentales de los encuentros tradicionales profesional sanitario-paciente **precisan ser revisadas:**

1- La atención médica ambulatoria tradicional como **una conversación oral en tiempo real** en una consulta presencial con "su médico".
2- **La demanda** de la consulta **a instancia del paciente y sin mediar una mínima información previa sobre el motivo de consulta**. (8)

Hasta hace bien poco, lo habitual ha sido un acceso libre y sin ningún tipo de filtro a la agenda del médico, enfermera, matrona...) pero, en los últimos años, estamos ante un deterioro creciente de la accesibilidad en la AP por problemas varios (estructurales, de gestión, aumento edad población y patologías crónicas...).
Antes de la pandemia, la escasez de profesionales sanitarios podía conllevar a situaciones de imposibilidad de atender con criterios de calidad las altísimas demandas del día a día. Y todo esto chocando con la exigencia de los pacientes de atención a la carta, aquí y ahora, fruto en cierto grado de consumismo sanitario que la propia administración alentó en su día desde una concepción clientelista que abogaba por la satisfacción del usuario y una lista de espera "cero" en el primer nivel.
Pero, en el primer nivel de atención conocemos que:

- ✓ No siempre resulta posible atender adecuadamente las demandas de los/las usuarios/as por falta de recurso *tiempo-profesional*.
- ✓ No todas las demandas de los/las usuarios/as debieran ser atendidas.
- ✓ No todas las tareas diarias que realiza un/una médico o enfermera de familia, debieran ser presenciales.

- ✓ No todas las tareas diarias que realiza un/una médico o enfermera de familia corresponden a su perfil.
- ✓ La burocracia de las consultas resta tiempo a la atención en salud.
- ✓ No todos los/las pacientes tienen las mismas necesidades (reto de la cronicidad…)
- ✓ No todos los/las pacientes tienen las mismas habilidades digitales o posibilidades de acceso a las TIC.

A este respecto, **el deber de un sistema público de salud es promover una adecuada gestión de la demanda**, que permita al/la profesional ajustar los tiempos en consulta, individualizándolos, según las necesidades de los/las pacientes.

Convendría contemplar que **lo digital**, bien utilizado, puede contribuir a una mejora en la atención en salud de la población, porque **abre nuevas posibilidades:**

- ✓ **En el acceso y comunicación**: su gran potencia para facilitar relaciones sociales de todo tipo es una realidad incuestionable a escala global que ya se está incorporando en el campo de la salud y de asistencia sanitaria y social.
- ✓ **En la gestión de la demanda** sanitaria, que debe abandonar valores de satisfacción, clientelismo…, adoptando nuevos valores como reparto justo y solidaridad.

Desde un análisis bioeticista, ambas oportunidades, la mejora de la gestión de la demanda y la búsqueda de nuevos espacios de encuentro profesional-paciente, serían acordes con deberes derivados del Principio de Justicia, como lo son una gestión eficiente de lo público y un reparto justo y no discriminatorio de los recursos disponibles.

4B. RIESGOS Y PROBLEMAS DETECTADOS:

1. Quebranto de la relación clínica
2. Empeoramiento de la atención en salud.
3. Frustración de los profesionales
4. Desigualdades en el acceso al sistema de salud y en la atención sanitaria
5. Pérdida de la confidencialidad. Custodia de datos y problemas legales
6. Necesidad de validar la modalidad de atención no presencial

4B.1 Quebranto de la relación clínica

La longitudinalidad, la cercanía, la comunicación, la confianza, la lealtad y la empatía son valores y atributos de la atención primaria que resultan imprescindibles para establecer una adecuada relación clínica.

La longitudinalidad en la atención del primer nivel **permite establecer** un clima de confianza y de conocimiento mutuo (profesional/paciente), condiciones necesarias para que pueda darse una relación clínica horizontal, no paternalista, que incluya al paciente y sus valores y que facilite **una consulta respetuosa y deliberativa.**

La investigación sobre el **valor de la continuidad** (9) de la atención ha ido progresivamente demostrando que:

- ✓ ayuda en la capacitación de las personas en el autocuidado.
- ✓ aumenta la satisfacción del paciente.
- ✓ mejora la adherencia a los consejos médicos y a la prescripción
- ✓ mejora la asimilación de las recomendaciones en prevención.
- ✓ disminuye las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios.

Asimismo, conlleva **mejores resultados en salud**. Según algunos estudios, el conocimiento, la empatía, así como una dedicación adecuada en tiempo, consigue mejorar la autogestión en salud, así como disminuir la morbimortalidad. Pero, a priori, **nos resulta complicado pensar que la empatía pueda ser proporcionada virtualmente**, por lo que pensamos que, con menos consultas cara a cara, se resentirá la calidad de la atención y los resultados en salud. Sin la cercanía física los atributos de la atención primaria quedarían mermados y la relación clínica sufriría un deterioro.

Potenciar los valores de continuidad y longitudinalidad **requiere capacidades y un buen grado de compromiso**, no solo por parte de los profesionales, sino también de la administración sanitaria, que deberá promover modelos de gestión de la atención que preserven esos valores.

Nota aclaratoria:
En la literatura se suele utilizar continuidad por longitudinalidad aunque conviene esclarecer que no es lo mismo. La l**ongitudinalidad** hace referencia al seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico (asistencia centrada en una persona a lo largo del tiempo, a veces durante gran parte de su vida), mientras que la **continuidad** es el seguimiento por el mismo médico de un problema específico del paciente; la continuidad no es un elemento característico del primer nivel de atención, dándose también en el segundo, mientras que la longitudinalidad resulta ser un atributo característico de la AP.

La *no presenciabilidad*, al afectar a valores que resultan necesarios para promover una relación asistencial respetuosa con derechos del paciente, puede contribuir a que se resientan deberes relacionados con el principio bioético de Autonomía y, secundariamente, con el no hacer daño (principio de No Maleficencia).

4B.2 Empeoramiento de la atención en salud.

Pasar consulta ha sido siempre, y sigue siendo, parte fundamental (no puede convertirse en la única) del trabajo del profesional de AP, que cada día ha de responder a las demandas de los pacientes asignados, tanto en el centro de salud como en los domicilios, y ha de hacerlo **en consonancia con las Buenas Prácticas Clínicas** (BPC) y, por tanto, con los deberes derivados del *Primum non nocere* y del Principio bioético de No Maleficencia.

La pandemia ha dejado claro algo que, de un modo complementario a la consulta presencial síncrona clásica, ya se venía haciendo: que **se puede «pasar consulta» sin ver al paciente.**

La consulta telefónica se ha incrementado de un modo impensable (en algunos casos se ha echado mano de algunas TIC más avanzadas, como la videollamada...). Este incremento ha supuesto **una manera radicalmente diferente de trabajar**: prácticamente solo a través de "encuentros no presenciales".

El modo no presencial resulta una alternativa segura (y eficiente) en tareas burocráticas, respuesta a dudas del paciente, algunos cribados, contactos seleccionados para seguimientos evolutivos (monitorizaciones en domicilio, resultados de análisis y otras pruebas complementarias…), pero **no resulta tan seguro para la inmensa mayoría del trabajo no presencial que los sanitarios están asumiendo en estos momentos**, pudiendo generar algunos riesgos.

Riesgos de la teleconsulta durante la pandemia:

1. **Afectación de la relación clínica**

El primer riesgo, como ya se ha comentado, es que **la pérdida de la longitudinalidad y de la continuidad no permita establecer el vínculo necesario** para crear un marco adecuado de relación asistencial y ello conlleva peores resultados en salud.

2. **Dificultad para la valoración clínica**

Muchos profesionales han sentido desgaste psicológico y distrés moral ante el gran número de llamadas telefónicas y la impotencia ante la imposibilidad de realizar una buena valoración clínica (anamnesis más dificultosa y ausencia de exploración física).

3. **Dificultad para la valoración holística (visión biopsicosocial)**

Siendo además, que la valoración clínica va más allá que lo biológico, sin proximidad la posibilidad de una buena valoración global del paciente, que incluya lo emocional y social, se ve muy afectada.

Aumenta el riesgo de centrarse en lo biomédico, empeorando la calidad de la atención; ello se agrava cuando el profesional no conoce a la persona con quien se entrevista telefónicamente. Y aumenta la **dificultad para detectar consultas de alta carga emocional** o *consultas sagradas;* el profesional que no las intuya no será capaz de realizar el necesario acompañamiento que conllevan.

3. **Injusticia epistémica**

Por otro lado, con las llamadas telefónicas se puede caer en un exceso de "autoridad profesional" ya que resulta más fácil cortar la narración del paciente. También existe el riesgo de desacreditar su discurso, dándose mayor posibilidad de cometer la llamada *injusticia epistémica,* concepto desarrollado por la filósofa Miranda Fricke*,* que se produce cuando se anula la capacidad de la persona para transmitir conocimiento y dar sentido a sus experiencias, en este caso referido a la salud, por lo que **disminuye la capacidad del sanitario para comprender la experiencia social del enfermar de sus pacientes**. **(10 y 11)**

5. **Colusión en el anonimato**

Y la cosa puede empeorar cuando el seguimiento es realizado por diversos profesionales, existiendo el riesgo de ofertar una peor asistencia, con escasa capacidad resolutiva, especialmente si se cae en la *colusión en el anonimato*. Michael Balint denominó así a aquellas situaciones en las que, fruto de la **dispersión de responsabilidades entre varios médicos**, ninguno de ellos se hace responsable global de su proceso asistencial, cayendo en una colusión

o descarga de culpas bajo el manto del anonimato. ("El uno por el otro la casa sin barrer" siempre fue una excusa para no hacer lo que debería haberse hecho).

6. **Disminución del compromiso profesional**.
Se puede caer en el acostumbramiento del sanitario a la comodidad de lo no presencial y con ello a la disminución del compromiso profesional de realizar la mejor atención sanitaria ("ojos que no ven…"), pero deberían evitar quedarse en esa área de confort porque la *no presencialidad* suele conllevar una menor implicación con el paciente "que no se ha explorado" y una menor asunción de responsabilidad clínica.

7. **Toma de decisiones imprudentes (riesgo para la seguridad del paciente)**
Las "visitas" telefónicas, por las razones anteriores, **alejan la visión de la persona atendida, pudiendo llevar al profesional a tomar decisiones menos prudentes** que las que adoptaría con ella delante (12). **Y la seguridad clínica puede resultar dañada** por la toma de decisiones imprudentes, fruto principalmente de la dificultad para el/la profesional de valorar la razón de la consulta, siendo más fácil caer en:

- ✓ El "sesgo covid", ninguneando otros motivos de consulta y/o no viendo lo que realmente ocurre.

- ✓ La medicalización, ofertando prescripciones o pruebas complementarias innecesarias, como sustitutivo de la provisión de una buena atención.

La atención en salud requiere una buena anamnesis y una buena exploración que permitan conocer adecuadamente el, o los problemas, y encauzar correctamente la búsqueda y provisión de soluciones y/o cuidados.
Con la consulta no presencial ello no está garantizado y es más fácil la toma de decisiones imprudentes que pueden hacer daño o no beneficiar al paciente (Principios de No maleficencia y Beneficencia).

4B.3 Frustración del profesional
Algunos profesionales corren el riesgo de no ver las limitaciones que conlleva la atención telefónica y de cómo ello pueda afectar a la seguridad del paciente, pero la inmensa mayoría **siente que no llega, que no puede ofertar unos buenos cuidados o una atención segura** (acorde con la medicina basada en pruebas y con las buenas prácticas); que le resulta imposible garantizar una buena asistencia, que no puede "ver" al paciente de un modo global ni es capaz de tomar decisiones prudentes ni incorporar al paciente en las mismas...
Lo anterior, unido a la incertidumbre ante una nueva enfermedad, al agotamiento físico y moral, y a los problemas de una gestión confusa, genera en el profesional sentimientos de impotencia y, en muchos casos, supone sufrimiento y frustración.

4B.4 Incremento de las desigualdades en el acceso a la salud
Hemos valorado en el apartado 4B.2 que la teleconsulta, como oferta primordial de atención, supone un riesgo para las BPC, afectando a deberes de No Maleficencia, pero ahora se trata de ver cómo **también afecta a los deberes de Justicia cuando se generan inequidades en el acceso y la atención prestada**.

4B.4.1 La brecha digital y el acceso

En el abordaje del uso de las TIC para acceder al sistema sanitario**, es necesario contemplar qué uso hacen de ellas los sectores más desfavorecidos,** y por lo tanto con mayores problemas de salud, para no contribuir al aumento de las desigualdades en salud. No podemos olvidar cómo **los determinantes sociales** (género, clase social, nivel educativo, nivel de ingresos, lugar geográfico, situación laboral…), **influyen en la salud** y cómo se produce el denominado "gradiente social": **cuanto mayor sea el estatus socioeconómico mejor será la situación de salud y viceversa**.

La telemedicina facilita el acceso a la salud y es especialmente útil en determinadas circunstancias y para determinados pacientes. Pero resultará **una herramienta injusta si excluye a los que carecen de capacidad y/o recursos para el manejo digital**.

Según "La operación estadística Encuesta de la Sociedad de la Información-ESI-Familias" (13), sobre la implantación de las nuevas TIC en la población de la C.A. de Euskadi hecha por el EUSTAT en el primer trimestre del 2020, *el 85,1% de las familias dispone de conexión a Internet en sus hogares, aunque la relación con la actividad y la edad determinan importantes diferencias. La población inactiva y parada (60,4%) se sitúa muy alejada del resto con diferencias superiores a los 37 puntos porcentuales.*
Atendiendo a la edad, la mayor diferencia entre los grupos de edad se encuentra entre las personas de 25 a 34 años, todas ellas usuarias (99,9%), y las que tienen 65 y más años, que se quedan en un 42%.
La brecha de género se reduce a 3,5 puntos porcentuales: Los hombres usuarios de Internet representan el 84,4% de la población masculina, en tanto que las mujeres usuarias suponen el 80,9% de la población femenina.
Como podemos ver, los sectores poblaciones con peores resultados en salud: personas mayores, en paro, mujeres, etc., son las que menos usan las TIC, bien por falta de recursos económicos o bien por falta de capacidad. **Integrar esta información con perspectiva de equidad, al análisis del acceso al sistema sanitario a través de las TIC, proporcionaría conocimiento suficiente para poder adaptar los canales de comunicación a los sectores más desfavorecidos en salud, y no incluirla podría generar una nueva situación de *ley de cuidados inversos* (1) o de cuidados erróneos.**

Las consultas no presenciales no pueden convertirse en un sustituto (o alternativa primordial) de las presenciales. Conviene remarcarlo ya que hay quien pone demasiado énfasis en las virtudes de la telemedicina, olvidando, o no recordando suficientemente, que la telemedicina puede facilitar el acceso a algunos pacientes, mientras que puede resultar excluyente para otros, aumentando las desigualdades (Principio de Justicia).

(1) Julian Tudor Hart es un reconocido ideólogo de la AP de salud cuya principal contribución al conocimiento sanitario fue la *Ley de Cuidados Inversos*, en la que afirmaba que la disponibilidad de **una buena atención médica se relacionaba de forma inversa con las necesidades de salud de la población** y que esto sucede especialmente cuando los servicios sanitarios estaban expuestos a las fuerzas del mercado, dándose una tendencia natural a que **los más necesitados reciban menos servicios de salud.**

4B.4.2 La desigualdad en la atención prestada

A la enorme barrera al acceso, que las TIC pueden suponer para algunos pacientes, hay que añadir la desigual atención prestada por los profesionales a través de estos medios.

Posibles causas de atención desigual durante la pandemia:

1. La teleconsulta **dificulta la atención a personas no conocidas** previamente.
2. La consulta telefónica dificulta la atención a **personas que no pueden expresarse** bien, que no conocen bien el idioma o que presenta discapacidad auditiva o en el habla.
3. **El cribado** telemático **ha primado la atención Covid** frente a la No Covid. Al inicio, la justeza de la medida de priorizar al paciente Covid podía resultar adecuada por razones de salud pública, pero la aplicación estricta de esta medida y/o su mantenimiento sin revisarla o adaptarla a las cambiantes circunstancias, está suponiendo un problema ético.
4. La atención, esencialmente telemática, ha supuesto una **peor asistencia a algunos colectivos**:
   - ✓ Peor atención, incluso abandono del seguimiento, a pacientes con pluripatología crónica.
   - ✓ Peor atención a pacientes domiciliarios. Suelen presentar pluripatología crónica, tener mayor edad o ser dependientes. Son por tanto, quien más cuidados en salud precisan, pero la necesaria proactividad con esta población ha sido relegada u olvidada.
   - ✓ Respecto a las personas que residen en centros residenciales de servicios sociales (con independencia de su carácter público, concertado o privado, estas residencias carecen de un modelo para la atención sanitaria de las personas ingresadas), conviene comentar que parecen tener una deficitaria atención sanitaria y/o social, como se ha manifestado con toda su crudeza en esta pandemia. El 49 % de las muertes notificadas oficialmente por el Ministerio de Sanidad de personas con coronavirus se ha producido entre personas mayores que vivían en residencias (14). Lo ocurrido en alguno de estos centros, especialmente al inicio de la pandemia donde se llegó incluso a la denegación de auxilio, ha resultado ser sumamente grave, desde el punto de vista de la atención en salud y cuidados, y ética y legamente reprobable, por lo deberá ser investigado profundamente para evitar que vuelva a ocurrir.

     Dentro de las soluciones, se abre el interrogante de cómo establecer una adecuada integración entre servicios sociales y sanitarios que promueva la justicia y la equidad en la atención; ahora no vamos a profundizar en ello pero queremos apuntar que, muy a menudo, un ciudadano al ingresar en una residencia pierde el vínculo con su médico de familia y enfermera habituales, no solo porque pudiera ser trasladado a otro lugar sino porque, incluso cuando la persona permanece en su entorno, se pierde este derecho a profesionales de referencia en el centro de salud que le correspondiera. Esto supone una falla en la longitudinalidad que puede afectar a la relación clínica y conllevar una peor atención: estaríamos ante una inequidad en la asistencia y una pérdida de derechos a la salud.

5. La **diferente manera en que el profesional se implica**. Esta desigual involucración que depende de causas diversas, muchas veces debidas a las características del paciente, ocurre también en la consulta cara a cara, pero la no presenciabilidad acentúa este problema. El profesional puede tener la tendencia a dedicar más tiempo y proporcionar mejor información a los pacientes qué más y mejor uso hacen de las TIC en detrimento de los que no saben manejarse a través de una teleconsulta y mucho menos por una

videollamada. Todo esto genera una **tendencia a un incremento de "cuidados inversos".** De modo que, conviene no olvidar que se conoce que los sectores poblaciones con peores resultados en salud son las que menos usan las TIC, lo que obliga al/la profesional el deber de planteárselo o prestarle atención.

4B.5-Pérdida de la confidencialidad. Riesgo de mala custodia de datos personales

La telemedicina puede ser una gran oportunidad, sin embargo, plantea numerosos interrogantes legales, especialmente en relación con la privacidad y la protección de los datos de los pacientes (Principio de Autonomía).

Proteger la confidencialidad siempre ha sido un deber de la profesión sanitaria, resultando más difícil con la prestación de servicios sanitarios a distancia ya que, al incorporarse a soportes informáticos, requiere un especial deber de diligencia y garantías de protección para preservar la privacidad y la confidencialidad. Estamos ante un deber ético y también legal (**deber de reserva y custodia de los datos personales**), que exige una especial observancia del respeto a las normas de deontología y ética médica.

✓ Normas deontológicas

El **Código de Deontología Médica**, hoy en revisión, en su artículo 26.3 establece que "el ejercicio clínico de la medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet, es contrario a las normas deontológicas. **La actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el paciente**". No obstante, continúa el artículo 26.4 del Código que "**es éticamente aceptable, en caso de una segunda opinión y de revisiones médicas**, el uso del correo electrónico u otros medios de comunicación no presencial y de la telemedicina, siempre que sea clara la **identificación mutua y se asegure la intimidad**".
Sin perjuicio de lo anterior, lo cierto es que, dada la situación excepcional de emergencia sanitaria, el pasado 12 de mayo la **Comisión de Deontología y Derecho Médico del CGCOM** publicó un documento titulado "E-consulta en la Deontología Médica" **(15)** del cual se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. La asistencia médica ofrecida mediante las nuevas tecnologías o sistemas de comunicación se concibe como un verdadero acto médico que completa la atención presencial del médico.
2. **En determinadas circunstancias, como la actual pandemia de COVID-19, la e-consulta puede sustituir y otras veces completar el acto médico presencial porque este no sea posible**, aconsejable o porque la ponderación del beneficio/riesgo para el paciente así lo sugiera. En cualquier caso, en situación de normalidad, la opción de usar la e-consulta deberá ser consensuada con el paciente.
3. En cuanto a la introducción de los nuevos modelos de consulta en la gestión médica y telemedicina, se deberán desarrollar medidas necesarias para la instauración de sistemas médicos telemáticos que aseguren la privacidad de la comunicación.
4. **El uso de medios telemáticos es conforme a la Deontología Médica, siempre que haya voluntad y consentimiento del paciente**, del que debe quedar constancia en la historia clínica.

5. Siempre ha de ser clara y fehaciente la identificación de quienes intervienen en la comunicación.
6. El médico debe tener conocimiento directo de la historia clínica del paciente o bien acceso a la misma en el momento de la atención médica. **Se debe hacer constar por escrito en la historia clínica el medio de teleasistencia por el que se ha realizado la consulta**, así como el tratamiento médico pautado y recomendaciones dadas.

En definitiva, **el uso de los sistemas de telecomunicación debe adecuarse a los preceptos deontológicos aplicables a la relación médico-paciente, la defensa de los derechos y la seguridad del paciente, así como el respeto a los profesionales sanitarios**.

✓ Legislación y otras normas en España y Europa

Regulación de la telemedicina en España y en Europa

Tratamientos de datos de Salud:
-España: Ley 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales
-Europa: Reglamento (EU) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo y el Tratado del Funcionamiento de la Unión Europea.

La comunicación a través de medios electrónicos:
-España: Ley 34/2002 de 11 de junio de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico
-Europa: Directiva 2000/31/CE sobre comercio electrónico y Directiva 98/34/CE sobre servicios de la sociedad de la información

Derechos de los pacientes
-España: El Real Decreto 81/2014 de 7 de febrero por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.
-Europa: La directiva 2011/24/UE sobre los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronterizo.

*Uno de los **objetivos de la Agenda Digital para Europa** es conseguir una amplia difusión de los servicios de telemedicina para el año 2020/21. La tecnología de la sanidad en línea puede mejorar la calidad de la atención, facilitar y hacer más seguro el acceso de los pacientes al tratamiento y a sus datos médicos personales, reducir el riesgo de errores médicos y contribuir a la detección precoz de los problemas de salud. También puede facilitar la continuidad de la atención médica dentro y fuera de las fronteras nacionales.* (16)

***La Directiva 2011/24/UE**, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza **aclara los derechos de los pacientes a recibir atención sanitaria transfronteriza, incluso a distancia mediante la telemedicina**. La telemedicina permite mejorar el acceso a la atención médica especializada en zonas donde no hay suficientes especialistas o existen dificultades de acceso. No es un nuevo acto médico y no intenta reemplazar a los métodos tradicionales de prestación de asistencia sanitaria como por ejemplo las consultas cara a cara.* (17)

Más bien representa ***una manera novedosa de facilitar servicios de asistencia sanitaria que pueden complementar y potencialmente ampliar la calidad y eficiencia de los métodos tradicionales*** *tal y como ha sido reconocido recientemente en la Directiva 2001/24/UE, sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.*
Importante es, también, el procesamiento de los datos relativos a la salud. De acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal de Justicia, ***debe darse una interpretación amplia a la noción de "dato relativo a la salud",*** *en la que se incluyan todos los aspectos tanto físicos como mentales de la salud del individuo. (artículo 16.1 TFUE, artículo 8 Carta de Derechos Fundamentales de la UE, Directiva 95/46/CE, sobre protección de datos, Directiva 2002/58/CE, sobre la protección de datos y la privacidad en las comunicaciones electrónicas y la Directiva 2011/24/UE, sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.*

La OMS nos advierte en su informe (18) "Primeras directrices sobre intervenciones de salud digital" que las intervenciones de salud digital, por sí solas, no son suficientes. Las directrices muestran que:

- ✓ *Los sistemas de salud* ***deben responder a la creciente visibilidad y disponibilidad de la información****.*
- ✓ *Debe* ***garantizar a los usuarios que no se revelarán sus datos*** *y que el acceso a datos personales sobre temas delicados, como la salud sexual y reproductiva, no acarrea riesgos.*
- ✓ *Es preciso* ***formar suficientemente a los trabajadores*** *sanitarios para motivarlos a que empiecen a adoptar esta nueva forma de trabajar y se familiaricen con la tecnología.*
- ✓ *La importancia de* ***crear condiciones propicias para la capacitación****, resolver la inestabilidad de las infraestructuras, aplicar políticas de protección de la privacidad de las personas, y garantizar la gobernanza y la coordinación a fin de evitar la fragmentación de estos instrumentos en el sistema de salud.*
- ✓ *Animan a las instancias normativas y ejecutivas a* ***revisar esta situación e introducir adaptaciones para que los recursos digitales den lugar a cambios tangibles, y explican cómo tener en cuenta la privacidad de los datos de los pacientes*** *al acceder a ellos.*

Marta Granell en su conferencia "Aspectos legales de la telemedicina" (19), nos recuerda que...e*n España* ***no existe una normativa concreta que regule la telemedicina****, y el hecho de que las competencias de sanidad estén derivadas a las comunidades autónomas, dificulta la creación de esta regulación específica. Por otra parte, en Europa se está utilizando la agenda digital para fomentar la difusión de la telemedicina en los países miembro.*
Ya empezamos a ver ***ejemplos de medidas tomadas en algunos países de la UE****. En Francia, por ejemplo, se aprobó un Decreto en el que se regulaba la posibilidad de que a determinados pacientes en los que se había detectado COVID, pudiera hacérseles un seguimiento desde sus hogares a través de la telemedicina. Y en Alemania se aprobó la Ley de Suministros Digitales en la que se regulaba la salud.*

No obstante, la normativa europea (Reglamento EU 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo y el Tratado del Funcionamiento de la Unión Europea) que **reconoce los derechos del ciudadano sobre sus datos personales**, es aplicable en telemedicina:

- A que sus datos sean tratados de conformidad con los principios del Reglamento general de protección de datos de la UE.
- A ser informado para el tratamiento de datos de salud.
- A ejercer sus derechos en materia de protección de datos (acceso, rectificación, cancelación…)

- A la privacidad y confidencialidad de sus datos personales.

Pero no todas las herramientas técnicas al servicio de la telemedicina garantizan la seguridad de los datos (19), *así que es necesario adoptar medidas organizativas que garanticen:*

-La confidencialidad, integridad, disponibilidad de la información (que no existan accesos no autorizados, por ejemplo).
-El cifrado de los datos personales
-La capacidad de restaurar la disponibilidad y el acceso a los datos personales.
-El proceso de verificación (la posibilidad de que se incrementen las posibilidades ante un ciberataque crece muy deprisa).

✓ Riesgos de la telemedicina en relación con el deber de preservar la confidencialidad

Vistas las normas y leyes, se identifica la preocupación sobre varios aspectos de la telemedicina (especialmente la teleconsulta y la televigilancia), habiendo un **denominador común: los deberes derivados del derecho del ciudadano y ciudadana a su privacidad y, más concretamente, a la confidencialidad sanitaria, en el que también coincidimos desde un análisis bioeticista**.

En estos momentos difíciles, sigue siendo un deber ético la protección de la confidencialidad, resultando imprescindible deliberar acerca de las condiciones de uso de la telemedicina en cuanto a identificación, confidencialidad, amparo legal, así como el tiempo y habilidades requeridas, o los ritmos de su implantación

Además de las mencionadas dificultades legales: *marcos jurídicos inadecuados o fragmentados, poca claridad jurídica en lo tocante a las aplicaciones móviles para la salud y escasez de transparencia en la utilización de los datos recogidos por tales aplicaciones* (20), hemos identificado durante la pandemia otras **dudas y problemas** sobre las que conviene buscar soluciones:

1. Cómo asegurar la identificación del interlocutor.
2. Cómo prevenir los riesgos de fraude.
3. Cómo proteger en la teleconsulta la privacidad, tanto del paciente como del profesional.
4. La merma extra de privacidad de quien precisa a un tercero para el uso de las TIC.
5. La necesidad de consentimiento o no (diversas situaciones o variantes).
6. La regulación del uso de imágenes o conversaciones grabadas en una teleconsulta.
7. Falta de conocimiento en los y las profesionales sobre las TIC en salud y consecuente falta de experiencia y confianza en su uso.
8. La necesidad de formación en su adecuado manejo y, más concretamente, en aspectos relacionados con la protección de los datos personales.
9. Ausencia de protocolos asistenciales telemáticos de calidad sobre las patologías más relevantes por especialidad.
10. Diferencias locales en el acceso a los servicios de las TIC y acceso limitado en las zonas menos favorecidas.

La necesaria elaboración de guías de consulta telemática debería contemplar además de aspectos de buena praxis, otros como la confidencialidad/privacidad y si el paciente es idóneo para la telemedicina.

Por último, **otro reto**, que ahora solo apuntamos, **es el Big Data clínico.** (21 y 22)
La digitalización de los sistemas sanitarios ha generado un enorme volumen de datos en los últimos años, lo que se conoce como Big Data clínico, que gracias a las nuevas tecnologías técnicas de inteligencia artificial y aprendizaje profundo (deep learning), es posible analizar y procesar. Pudiéndose, de este modo, **generar información de gran valor para la prevención, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de muchas enfermedades.**

Abre la posibilidad de la "medicina personalizada" pero, a su vez, puede contribuir al aumento de las desigualdades en salud.

Prepararse para las transformaciones que supone la irrupción del tratamiento de datos masivos y la Inteligencia Artificial (IA), **necesita el establecimiento de un marco ético** acorde con los valores de sostenibilidad, igualdad, innovación y buen gobierno.

4B.6- Necesidad de validar la modalidad de atención no presencial

La consulta no presencial ha venido "impuesta" sin la valoración de su idoneidad (pertinencia o indicación, adecuación según situaciones…) ni plan de desarrollo y evaluación.

La **obligada sustitución de la consulta presencial por la telemática**, condicionada por las excepcionales circunstancias (en principio transitorias), es una situación difícil de mantener en el caso de que la actual pandemia se prolongue mucho.
Probablemente, este sea un momento adecuado para pararse a reflexionar y evaluar **el porqué, para qué y para quién** de la utilización de la telemedicina.

La falta de información mínimamente rigurosa sobre los efectos de dicha sustitución debería obligarnos a ser prudentes y servir de llamada de atención sobre la necesidad de promover estudios correctamente diseñados, antes de tomar decisiones que hipotequen el modelo de asistencia, más allá de la pandemia. (23)

Surgen en estos días muchas preguntas que conviene tener en cuenta:

- ¿Es un modelo válido/adecuado para todo tipo de consultas?
- ¿Aporta lo mismo que un modelo síncrono presencial?
- Las repercusiones en la calidad de la asistencia.
- Las repercusiones en la relación clínica (profesional/paciente).
- La efectividad de la telemedicina en nuestro contexto.
- Las preferencias del paciente.
- La satisfacción de profesionales y usuarios con respecto a cada una de las modalidades.
- El uso que hacen de ellas los sectores más desfavorecidos.
- La pérdida de privacidad que supone la brecha digital.
- La validez del actual modelo asistencial y modelo de gestión (*¿integrada?)* ante los cambios habidos durante la pandemia y los que el futuro señalará.
- ¿Va la telemedicina por delante de la verdadera necesidad de repensar un modelo mejor?

En general, disponemos de datos procedentes de experiencias en telemedicina en países con peor accesibilidad geográfica a las consultas, con sistemas sanitarios distintos al nuestro, o generados en momentos diferentes al actual. Por este motivo, necesitamos investigación de calidad y realizada en la AP de nuestro entorno, para definir qué tipo de consultas se pueden resolver vía telefónica, por e-mail o videoconferencia, teniendo en cuenta las necesidades y características de la población, los/as profesionales y el contexto en el que se realiza la interrelación. Y siempre, análisis con la mirada puesta en *los fines de la medicina* (Hastings Center):
1º. Prevención de enfermedades y lesiones y promoción de la salud.
2º. Alivio del dolor o sufrimiento provocado por males.
3º. La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables
4º. La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Hemos visto que la telemedicina puede afectar a la calidad asistencial y a los derechos del paciente relacionados con el acceso a la salud y con su autonomía y privacidad, por lo que **estamos ante el deber de realizar un análisis riguroso sobre su repercusión en la atención sanitaria, así como una deliberación en profundidad sobre los retos éticos que comporta**.

Por otro lado, el conocimiento logrado a partir de estos estudios, podría contribuir a una adecuada planificación e implementación de servicios en estos momentos, y permitiría apostar por una AP de calidad.

Es necesario hacer una adecuada deliberación sobre estos temas que incluya a todas las partes, también a la ciudadanía.

Ello requiere, en primer lugar, poder entender bien los hechos por lo que **necesitamos que se genere conocimiento basado en investigación de calidad** (que responda a preguntas adecuadas).

5-Recomendaciones

1. Entender la teleconsulta como una posibilidad complementaria, no sustitutiva de la medicina cara a cara. Las distintas variantes de telemedicina son algo instrumental, no son alternativas absolutas.

2. Recuperar la atención presencial que garantice de nuevo una asistencia adecuada a los “olvidados” en esta pandemia, a los más vulnerables (pacientes con pluripatología crónica, personas dependientes, con discapacidades...) y que, al mismo tiempo, sea ofertada asegurando unos mínimos de protección con el fin de evitar aglomeraciones en las salas de espera.

3. Realizar una valoración de las repercusiones en salud (morbimortalidad) de la no atención, o atención escasa, a las personas con patologías agudas y crónicas "no covid".

4. Prevenir el "acostumbramiento" de los profesionales a la modalidad de consulta no presencial ya que suele implicar un menor compromiso profesional.

5. Promocionar su uso en aquellas situaciones en las que supongan una oportunidad (un aumento de la eficiencia sin generar desigualdad y/o riesgo para la seguridad clínica), como son tareas burocráticas, facilitación de acceso en determinadas circunstancias y/o a determinados pacientes, respuesta a dudas o comunicación de resultados, televigilancia domiciliaria en pacientes con patologías crónicas…

6. Promover un análisis riguroso sobre la repercusión de la telemedicina en la atención sanitaria (su utilidad y fundamento en el trabajo sanitario y social). Así como una deliberación en profundidad sobre los retos éticos que comporta, en la que se debería incluir a la ciudadanía.

7. Para ello se requiere, en primer lugar, poder entender bien los hechos por lo que resulta necesaria una investigación de calidad que analice los distintos aspectos mencionados (idoneidad de la herramienta en los distintos procesos asistenciales, seguridad clínica, protección de datos, dificultades en el manejo, preferencias del paciente, población con escaso acceso a recursos digitales…).

8. Elaborar un plan de utilización y establecer elementos de evaluación que permitan ir realizando reajustes, así como conocer cuáles son las consecuencias y resultados de las diferentes modalidades de consulta.

9. Tener los ojos bien abiertos ante la génesis de desigualdades en la atención en salud.

10. Corregir la deriva de la *ley de cuidados inversos* es un deber ético.

11. No utilizar la modalidad de consulta no presencial para rentabilizar la jornada laboral ante escasez de profesionales, poniendo en riesgo la relación médico-paciente y la calidad de la asistencia.

12. Reflexionar (tanto la administración sanitaria como los profesionales) sobre el aprovechamiento de las bondades de lo telemático para transformar la atención sanitaria (adecuado triaje, formación de los profesionales y usuarios, redes de seguridad de posibles riesgos…).

13. Esta crisis puede ser una oportunidad para repensar tanto el modelo asistencial como el de gestión, así como rescatar la necesaria orientación comunitaria de la AP; también ha resultado patente la falta de un diseño consistente sobre la relación y la integración entre servicios sociales y sanitarios. Parece importante retomar estos trabajos pendientes, no vaya a ser que la telemedicina vaya por delante (y desnortada) de la verdadera necesidad de construir un modelo mejor.

6- Bibliografía

1. **La operación estadística Encuesta de la Sociedad de la Información-ESI-Familias,** sobre la implantación de las nuevas TIC en la población de la C.A. de Euskadi. EUSTAT, 30-9-20 https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_15/opt_1/ti_encuesta-sobre-la-sociedad-de-la-informacioacuten-familias/temas.html

2. **Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia.** J. A. Prados Castillejo, 2012 https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656712003484

3. **Medicina: Digitalizar para transformar.** Rafael Bengoa 14-10-20. Fuente: elpais.com

4. **Email consultations between patients and doctors in Primary Care: Content Analysis**. H.Aherton, AM Boylan, A Eccles, J Fleming, CR Goyder, RL Morris. J Med Internet Res 2020; 22(11): e18218. https://www.jmir.org/2020/11/e18218

5. **Algunas aportaciones. Material para la desescalada en atención primaria.** E.Etxegarai, A.Ortego. 5-6-20. https://osalde.org/algunas-aportaciones-material-para-la-desescalada-en-atencion-primaria/

6. **La teleconsulta necesita unificar criterios para avanzar.** https://www.diariomedico.com/profesion/la-teleconsulta-necesita-unificar-criterios-para-avanzar.html

7. **Medicina basada en las «existencias» o soporte ético para las decisiones difíciles.** Miguel Melguizo Jiménez, Joaquín Hortal y Javier Padilla. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2685

8. **Lecciones no aprendidas de la pandemia de la Covid-19**. AMF 2020. S. Minué, R. Bravo y J.Simó. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2717

9. **Covid 19: a fork in the road for general practice**. Denis Pereira Gray, George Freeman, Catherine Johns,Martin Roland. BMJ (Published 28 September 2020). Cite this as: BMJ 2020;370:m3709 https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3709

10. **La priorización de la consulta telefónica en el encuentro clínico: una reflexión en tiempos de COVID.** Elena Serrano Ferrández. 21-6-20 http://redpsicoanalisisymedicina.org/antiguas/12890/la-priorizacion-de-la-consulta-telefonica-en-el-encuentro-clinico-una-reflexion-en-tiempos-de-covid/

11. **Injusticias epistémicas y práctica médica.** Adriana Murguía, 2019 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2019000200055&lng=es&nrm=iso

12. **Ética en tiempos del cólera.** CAMFYC, mayo 2020. https://ecamfic.files.wordpress.com/2020/05/c3a8tica-en-temps-del-cc3b2leracast.pdf

13. L**a operación estadística Encuesta de la Sociedad de la Información-ESI-Familias,** sobre la implantación de las nuevas TIC e
la población de la C.A. de Euskadi. EUSTAT, 30-9-20
https://www.eustat.eus/estadisticas/tema_15/opt_1/ti_encuesta-sobre-la-sociedad-de-la-informacioacuten-familias/temas.html

14. **Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 24.100 muertos con COVID-19 o síntomas compatibles**. RTVE 13-12-20
https://www.rtve.es/noticias/20201214/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml

15. **La Telemedicina en el acto médico. Consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online.** 20-6-20**.** https://colegiodemedicos.es/wp-content/uploads/2020/06/INFORME-DE-LA-COMISI%C3%93N-CENTRAL-DE-DEONTOLOG%C3%8DA-SOBRE-TELEMEDICINA.pdf

16. **La eHealth y la Agenda Digital para Europa (2020**)
https://elmedicointeractivo.com/ehealth-y-agenda-digital-europa-2020-20130516131349077610/

17. **Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo de 9 de marzo de 2011.**
https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN

18. **Primeras directrices sobre intervenciones de salud digital.** OMS, Comunicado prensa 17-4-19
https://www.who.int/es/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions

19. **Aspectos legales de la telemedicina**. Marta Granell, 5-6-20
https://blog.uchceu.es/derecho/aspectos-legales-de-la-telemedicina/

20. **Telemedicina en el acto médico. Consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online.** 20-6-20
https://colegiodemedicos.es/wp-content/uploads/2020/06/INFORME-DE-LA-COMISI%C3%93N-CENTRAL-DE-DEONTOLOG%C3%8DA-SOBRE-TELEMEDICINA.pdf

21. **Inteligencia artificial en salud: retos éticos y legales**: Observatorio de tendencias en la medicina del futuro
https://www.institutoroche.es/static/archivos/Informes_anticipando_RETOS_ETICOS_DEF.pdf

22. **Programa del seminario "La salud en el siglo XXI: aspectos legales y éticos de la telemedicina"** http://laadministracionaldia.inap.es/noticia.asp?id=1511200

23. **Covid-19, teleconsultas y atención primaria.** Carlos Calderón, 29-8-20
https://osalde.org/covid-19-teleconsultas-y-atencion-primaria/

24. **Luces y sombras de la consulta telefónica.** Basta ya Andalucía, julio 2020
https://bastayaandalucia.health.blog/2020/07/10/luces-y-sombras-de-la-consulta-telefonica/

25. **Guía básica de recomendaciones para la teleconsulta.** ASD, Mayo 2020
https://salud-digital.es/guia-basica-de-recomendaciones-para-la-teleconsulta/

26. **Sobre Telepsiquiatría**. Ander Retolaza 25-8-20.https://osalde.org/sobre-telepsiquiatria/

27. **¿La salud de quien estamos defendiendo? desigualdades sociales y sanitarias en tiempo de pandemia.** Grupo de trabajo ÉTICA Y COVID (Euskadi) - ABFyC, 6-5-20.

http://www.asociacionbioetica.com/blog/la-salud-de-quien-estamos-defendiendo-desigualdades-sociales-y-sanitarias-en-tiempo-de-pandemia

28. **La atención primaria está clínicamente muerta.** Juan Simó, 17-11-20 https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20201117/atencion-primaria-muerta-covid-juan-simo-8201263

29. **Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día.** Manuel Ferran Mercadé y Marina Alapont Serrano. AMF 2018. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2275

7-Autores

- ✓ Andrés Álvarez, Maite Sope. Técnico superior jurídico
- ✓ Apraiz Zarandona, Amaia. Trabajadora social
- ✓ Barrena Ezkurra, Ana Isabel. Médica de Familia
- ✓ Blanco Iglesias, Candi. Administrativa
- ✓ Baruque Ortega, Ana. Enfermera
- ✓ Cairo Rojas, Guillermo. Médico de familia
- ✓ Dosio Revenga, Ana. Médica de familia
- ✓ Garzón Sainz, Julio. Médico de familia (jubilado)
- ✓ Gonzalez Hernaiz, Maika. Administrativa
- ✓ Jaio Atela, Nekane. Farmacéutica
- ✓ Martínez Rodríguez, Gizane. Médica de Familia
- ✓ Maruri Arce, Amaia. Administrativa
- ✓ Múgica del Campo, Irma. Médica de Familia
- ✓ Ortego Fernández-Retana, Agurtzane. Médica de familia (jubilada)
- ✓ Palacios Echevarría, Mª Jesús. Enfermera
- ✓ Uriarte Arechabala, Leire. Enfermera

Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Bizkaia (CEAAPB)

https://sites.google.com/a/etikomin.net/open-etikomin/

Contacto: etika.apbizkaia@osakidetza.eus