

Relación Médico-Paciente: ¿se reforzará o debilitará con la Telemedicina? O ¿cómo adaptarnos a la Telemedicina sin perder el componente humanista del acto médico?

El Foro de la Profesión Médica define la **Relación Médico-Paciente (RMP)** como una relación interpersonal entre un paciente que busca ayuda y un médico que puede proporcionársela desde sus conocimientos y habilidades profesionales (1). La RMP se ha ido adaptando pero mantiene el compromiso de respetar los valores, preferencias, deseos y creencias del individuo, además de aplicar los principios de la bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia). Todo ello en aras de proporcionar una atención de calidad, eficiente, segura y acorde con la mejor evidencia disponible.

Para definir **Telemedicina (TM)** usaré la Declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre la ética de la Telemedicina de 2018: es el ejercicio de la medicina a distancia, cuyas intervenciones, diagnósticos, decisiones terapéuticas y recomendaciones de tratamientos subsiguientes están basadas en datos de los pacientes, documentos y otra información transmitida a través de sistemas de telecomunicación. Puede realizarse entre un médico y un paciente o entre dos o más médicos, incluidos otros profesionales de la salud (2)

Tanto en el acto médico presencial como en el virtual, la RMP se basa en el compromiso, la confianza, el reconocimiento y respeto mutuo (reciprocidad). Por parte del médico requiere, además de las competencias de científico-técnicas, adquirir y mantener conocimientos, habilidades y actitudes de

comunicación (escucha activa), y desarrollar empatía (capacidad de captar las emociones y canalizarlas)

A pesar de todo el esfuerzo que puede suponer en determinados momentos, tenemos que poner en valor la RMP porque enriquece a ambas partes y produce mejores resultados en salud: un estudio realizado en Noruega y publicado en Agosto 2021, concluyen que la continuidad en la atención, basada en la RMP, se asocia con menor uso de los servicios de urgencias, menor hospitalización y mortalidad (3). Otras muchas prácticas profesionales se apoyan de pleno en la RMP

Antes de la pandemia ya preocupaba la deshumanización de la RMP vinculada al desarrollo de la tecnología (tecnocracia); aunque sin duda ha sido la COVID19 y sus secuelas lo que está generando nuevos conflictos entre pacientes y profesionales, y una percepción de deterioro de la RMP.

Pero la transformación digital de la sociedad es imparable, hay unos fondos europeos específicamente destinados al ámbito sanitario y no podemos renunciar a los beneficios de algunos aspectos aplicados a la medicina.

Es un deber ético utilizar todos los medios a nuestro alcance para paliar las consecuencias de la pandemia sobre la pérdida de oportunidad y demora de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El reto es conseguirlo con fórmulas sostenibles, que nos permitan simplificar y ordenar la información, reducir el tiempo dedicado a tareas administrativas, y poder tomar decisiones médicas de una manera más eficiente y en base a las necesidades de los pacientes.

Y esto hay q combinarlo con una mayor humanización de la atención en un entorno de VIRTUALIDAD, y sin perder la esencia del profesionalismo médico.

Haremos un análisis DAFO del binomio RMP y TM:

DEBILIDADES

Sin duda carecer del marco legal, en relación con las condiciones de confidencialidad, identificación inequívoca de paciente y médico, identidad del médico (titulación y especialidad sobre todo en las plataformas privadas de teleasistencia de los que el CGCOM ha advertido (3), e incluso nuevas situaciones como grabar la llamada o la videoconsulta (5) así como aspectos de responsabilidad profesional en TM.

Actualmente la referencia es el marco ético- deontológico que nos proporciona el informe de la Comisión Central de Deontología (CCD) de junio 2020 “La telemedicina en el **acto médico**-consulta médica no presencial, e-consulta o consulta online” (6). Que nos recuerda q las partes (médico-paciente-organización) deben entender q es un verdadero “acto médico” y por tanto seguir las normas de la buena práctica clínica.

Respecto al marco tecnológico destacar que no son suficientes ni homogéneas las herramientas TICs de las q disponemos para las diferentes modalidades de atención no presencial (telefónica VoIP, mensajería, Videoconferencias, etc), sistemas de telemonitorización, historia clínica electrónica (eHC) e interoperabilidad de datos.

Y no están definidas las competencias digitales de los profesionales sanitarios, que tienen que ser diferentes según roles (clínico/administrativo/gestor), base para orientar su formación (adquisición y mantenimiento de esas nuevas competencias) tanto en TICs, como de relación y comunicación en entornos no presenciales.

AMENAZAS

Se interpreta q la no presencialidad no garantiza la calidad y seguridad del acto médico presencial, produciendo pérdida de confianza que deteriora y devalúa la RMP.

Esto deriva en mayor judicialización de los conflictos, y aumento de agresiones al personal sanitario. Para prevenirlas es imprescindible defender y promocionar una RMP de calidad, en un medio sanitario menos hostil, más humanizado.

La tecnocracia en medicina o idolatría a la innovación no evaluada, con demandas crecientes de los pacientes para la realización de pruebas complementarias o procedimientos sin suficiente evidencia científica, son otros factores de desestabilización de la RMP en estos días

Las TICs no son un fin, deben ser un medio: la eHC incorpora tanta información que se requiere la “organización” de contenidos, y que estos se clasifiquen con utilidad clínica para la asistencia sanitaria, porque se corre el gran riesgo de aumentar la sobrecarga en el primer eslabón asistencial, que es la Atención Primaria, sobre quien pivota la “longitudinalidad/transversalidad” de la asistencial; no pueden estar transmitiendo resultados de pruebas complementarias solicitadas en otros niveles asistenciales, además de

proporcionar informes diversos, tramitar los partes de incapacidad laboral, hacer cribados poblacionales, o emitiendo recetas electrónicas de prescripciones de otros especialistas.

La TM amenaza la equidad si existe brecha digital (en conectividad o en manejo de TICs) y puede disminuir la accesibilidad de los pacientes más vulnerables, por eso hay q incentivar el desarrollo de las competencias digitales de la ciudadanía, desarrollando el marco europeo DIGCOMP (7)

FORTALEZAS

Los profesionales ya hemos tenido una progresiva adaptación al manejo de las TICs aplicadas como la historia clínica, interconsulta y prescripción electrónicas, aunque con muy diferentes grados de desarrollo e interoperabilidad.

La eHC permite q los datos de salud sean accesible a todos los actores del sistema en cualquier momento y lugar, lo que favorece el “continuum asistencial”, así como la trazabilidad en la prescripción y dispensación de medicamentos..

Algunos sistemas autonómicos de salud disponen de aplicaciones que integran servicios digitales para **pacientes** que incluyen la cita electrónica, tarjeta sanitaria virtual, acceso y descarga de informes y pruebas complementarias a tiempo real, avisos para la toma de medicación, y acceso a videoconferencia cuando sea solicitada por los médicos responsables, así como escuelas de pacientes para acceder a información veraz, contrastada y avalad, que pueda ayudar a combatir la infoxicación mediática.

Es importante transmitir a la sociedad que la transformación digital del sistema sanitario ha supuesto un gran esfuerzo para los profesionales sanitarios y se ha hecho una enorme inversión en recursos humanos y económicos, y que todo debemos sentirnos comprometidos con la optimización y el buen uso de los mismos.

OPORTUNIDADES

Ocuparnos mejor q preocuparnos

Los sistemas de salud se enfrentan a retos sociodemográficos (envejecimiento, cronicidad-morbimortalidad, etc), escasez de profesionales a nivel mundial y nuevas demandas de una **ciudadanía más empoderada, informada** (más pero no siempre mejor) **y conectada**,

Esto nos obliga a fomentar la cultura de la salud y avanzar hacia una sociedad abierta y participativa pero basada en los principios del humanismo. (*La salud no lo es todo, pero sin ella, todo lo demás es nada*). Adaptando la digitalización a mejorar la accesibilidad, la equidad y la sostenibilidad.

Si antes la TM servía para evitar desplazamientos, ahora además puede disminuir el riesgo de exposición al contagio, permite vigilancia epidemiológica de casos y rastreo de contactos y será imprescindible para enfrentar futuras crisis sanitarias.

Los médicos debemos ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar nuevas aplicaciones de la TM o modificar los ya disponibles

Es imprescindible evaluar el impacto sobre resultados en salud, el grado de satisfacción de los pacientes, y detectar las barreras a la TM. Necesitamos la percepción de los ciudadanos también a través de las asociaciones que participan en mejorar la calidad, como en el informe sobre Accesibilidad en las aplicaciones y dispositivos de telemonitorización de la salud del Observatorio de DISCAPNET (8)

CONCLUSIONES:

La TM es una herramienta necesaria para proteger la salud global y mejorar la eficiencia del sistema, pero debe cumplir las mismas condiciones de buena praxis profesional que la atención presencial. Desde el CGCOM y los COM debemos preservar la esencia de la RMP, y desarrollar todos los medios a nuestro alcance que afiancen y fortalezcan la confianza en la relación, promover la creación de normas éticas, de práctica, legislación nacional y acuerdos internacionales sobre asuntos relacionados con el uso de la telemedicina, presionando por una TM ética en beneficio del paciente.

La salud se ha colocado en el centro de la vida social y todos somos responsables de implementar un modelo de atención que mejore las condiciones también de los profesionales, y, en tanto que así sea, podremos proporcionar a los pacientes una mayor calidad y seguridad; con el concurso necesario y alineado de las administraciones y políticas sanitarias. Necesitamos apoyo para que la atención no-presencial tenga la consideración en tiempo y recursos de un verdadero acto médico; y no se convierta en un ***escalón intermedio no resolutivo de asistencia***

La TM ha de ser **consensuada** entre paciente y médico, y entre éste y la organización en base a las herramientas disponibles y **ajustada a protocolos** de las Sociedades Científicas.

Gonzalo Herranz dijo: *“En un futuro no muy lejano, la TM podría convertirse en el modo preferido de muchos pacientes de relacionarse con sus médicos, y la vinculación a la deontología no puede ser una traba q se oponga a la expansión de la misma, si no un cauce q la salve de posibles desvaríos”* (9)

Bibliografía

- (1) https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/10/
- (2) [Declaración de la AMM sobre la ética de la telemedicina – WMA – The World Medical Association](#)
- (3) https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np_telemedicina_cgcom_16_07_21.pdf
- (4) [Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway | British Journal of General Practice \(bjgp.org\)](#)
- (5) [¿ES LEGAL GRABAR LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA CON MI TELÉFONO MÓVIL? | Noticias de De Lorenzo Abogados](#)
- (6) https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/informe_e_consulta_ccd_10_06_2020.pdf
- (7) <https://epale.ec.europa.eu/es/content/marco-europeo-de-competencias-digitales-digcomp>
- (8) [evaluación de la accesibilidad de aplicaciones \(discapnet.es\)](#)
- (9) [Aspectos éticos de la telemedicina. Material de Bioética. Unidad de Humanidades y Ética Médica - Unidad de Humanidades y Ética Médica - Universidad de Navarra \(unav.edu\)](#)

Acrónimos

AMM: Asociación Médica Mundial

CCD: Comisión Central de Deontología

CGCOM: Consejo General Colegio Médicos

COM: Colegios Oficiales de Médicos

eHC: Historia Clínica electrónica

RMP: Relación Médico-Paciente

TICs: Tecnologías de la información y comunicación

TM: Telemedicina