



ATENCIÓN NO PRESENCIAL

UNA APROXIMACIÓN DESDE LA DEONTOLOGÍA Y EL DERECHO

INTRODUCCIÓN

La Telemedicina no es nueva. La primera referencia a la misma se remonta a 1924 en la revista Radio News. Hace tiempo que se viene utilizando puntualmente para determinadas cuestiones y en circunstancias muy concretas. Sus primeros usos para la transmisión de videos, imágenes y datos médicos datan de finales de 1950 y principios de 1960. La pandemia que estamos padeciendo nos ha obligado a una implementación rápida, en muchos casos improvisada, pero necesaria y hasta imprescindible, para poder garantizar la asistencia al enfermo o, al menos, la mejor posible.

Este escenario nos pone a los médicos en una situación compleja. Un reto de muy difícil manejo.

Comenzando por el nombre, observamos que se utilizan indistintamente los términos telemedicina, consulta telemática, telesalud (del inglés *telehealth*), consulta virtual, e-consulta..., a veces con significados distintos según los distintos servicios de salud (en Extremadura la e-consulta es una orden de derivación que hace un médico de familia a un facultativo especialista de área, y en Cataluña es una solicitud de consulta que hace un paciente a su médico de familia través de un buzón electrónico).

En este documento nos vamos a referir a **atención no presencial** (ANP), como forma de realizar atención médica cuando el paciente no está físicamente junto al profesional médico, y que engloba tanto los actos médicos realizados a través de teléfono, videollamada, correo electrónico, y cualesquiera otros que se diseñen en el futuro, como los mediados por otros profesionales, como la consulta administrativa asincrónica (en la que el paciente plantea un problema o necesidad, el administrativo toma nota y reserva hueco en la agenda, y el médico resuelve sin comunicación directa con el paciente). No obstante, en las citas de documentos redactados por otras entidades u

organizaciones, que aparecen entrecomilladas y en cursiva, respetamos los términos utilizados originalmente por ellos.

Los profesionales, tanto de la sanidad pública como de la privada o concertada y de otras administraciones, disponemos cada vez de más medios, aunque adolecemos en algunos casos de una deficiente o nula formación en técnicas telemáticas y desarrollamos nuestra labor en un marco jurídico desconocido e indefinido y en un marco deontológico de casi similares características.

Buena parte de la población dispone de medios tecnológicos y de la formación necesaria para utilizarlos, sobre todo, las generaciones jóvenes y de mediana edad. El diseño de las aplicaciones, cada vez más fácil e intuitivo, y coyunturas sociales, como la actual situación de pandemia, han permitido la incorporación a estas tecnologías incluso de población mayor. Las condiciones de vida y el uso cada vez más extendido de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) también está propiciando la demanda por parte de la población de la incorporación de estas tecnologías al sector de la salud.

A esta demanda, para la que muchos profesionales no estamos suficientemente preparados, ha venido a sumarse una serie de dificultades asistenciales y una dispersión normativa; tenemos que ser los médicos, y nuestras Instituciones, los referentes sociales y educativos de nuestros conciudadanos.

Los últimos meses han sido prolíficos en publicación de documentos, consejos, decálogos de actuación, opiniones de expertos, etc., que nos han desbrozado un poco el camino. Todo ello unido al sentido común del profesional, el fuerte compromiso social, nuestro Código de Deontología y, por encima de todo, nuestra ética individual nos va permitiendo salvaguardar el espíritu de nuestra profesión, que no es otro que la relación médico-paciente basada en los cuatro principios de la Bioética: Beneficencia, No Maleficencia, Justicia y Autonomía.

El lema hipocrático ***Primum non nocere*** (*No Maleficencia*) debe entenderse como un principio rector. El miedo, la inseguridad, la comodidad o la falta de asunción de responsabilidades nos pueden conducir desde "*Lo primero no hacer daño*" hacia un "*para ello mejor no hacer nada*", por eso, debemos evitarlos y/o superarlos.

De nosotros, los médicos, dependerá evitar la conflictividad procurando una buena gestión de los mismos.

Sobre los principios de Beneficencia y No Maleficencia tenemos una responsabilidad directa; el principio de Autonomía lo gobierna el paciente y al principio de Justicia, la Sociedad. Este triángulo, médico-paciente-sociedad, es la cancha de juego de nuestra Profesión.

La responsabilidad *“es la capacidad que tiene una persona para actuar en forma que no afecte ni origine ningún tipo de daño para sí mismo o para los demás y con conciencia de sus actos. Así mismo, la responsabilidad exige coherencia en el actuar y es acorde a principios, valores o formas éticas”*.

El hecho de no tener al paciente presente, además de exigirnos la precaución de identificarnos e identificar con exactitud a nuestro interlocutor, nos exige un plus de responsabilidad, y esa situación nos plantea un doble desafío: ejercer nuestra actividad médica con solvencia y resolución, y extremar la prudencia en la toma de decisiones. Ambas cosas parecen incompatibles, pero enlazarlas y encajarlas forma parte de la idiosincrasia de nuestra profesión.

Es una labor complicada, a veces desalentadora, pero, como todo en Medicina, también cargada de una enorme satisfacción profesional y personal en nuestra vocación de ayuda y de auxilio a la persona que nos necesita, que sufre y que confía en nosotros. Trabajar de médicos y ser médicos desde la responsabilidad.

Por todo ello hemos elaborado el presente documento, que no tiene otra finalidad que facilitar nuestra labor diaria, mantenernos bajo el cobijo de nuestro Código de Deontología y velar por la Lex Artis, tomando así decisiones prudentes en estos momentos de incertidumbre.

DESDE LA DEONTOLOGÍA

1. El Acto Médico se define en el Código de Deontología de la Organización Médica Colegial como: *“Toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos o indirectos”*.

2. *“La e-consulta o asistencia médica ofrecida mediante las nuevas tecnologías o sistemas de comunicación, **es un verdadero acto médico** que completa la atención presencial del médico al paciente pudiendo aportar eficacia, no sólo a la actividad asistencial y de cuidados, sino a las actividades de salud pública y vigilancia epidemiológica”*. (Organización Médica Colegial de España y Comisión Central de Deontología).

3. *“El uso de los medios telemáticos u otros sistemas de comunicación no presenciales destinados a la ayuda en la toma de decisiones dentro del ámbito profesional es*

conforme a la Deontología Médica”. (**Organización Médica Colegial de España y Comisión Central de Deontología**).

4. “En el uso de los sistemas de telecomunicación (telemedicina, internet, redes sociales, redes informáticas, telefonía móvil u otros medios telemáticos), rigen los preceptos deontológicos establecidos en este Código acerca de la relación médico-paciente”. (**Organización Médica Colegial de España y Comisión Central de Deontología**).

5. Campos de actuación de la Telemedicina, según el **Decálogo de la Comisión Andaluza de Deontología Médica, en el punto 6:**

- *Seguimiento y tratamiento de enfermedades crónicas.*
- *Actuaciones que se presten a una adecuada valoración por imágenes.*
- *Emisión de partes de incapacidad temporal.*
- *Interconsultas entre profesionales.*
- *Situaciones excepcionales.*

6. La relación médico-paciente es una relación contractual. Un contrato de medios y, en ocasiones, de resultados. La obligación que cabe exigir al médico es una obligación de medios, diligencia o actividad, sin que pueda entenderse comprometido a obtener un determinado resultado, dada la incidencia en el mismo de múltiples factores no disponibles: unos endógenos (del propio paciente) y otros exógenos, ajenos a su control. El médico aporta sus conocimientos y experiencia, y el paciente aporta información sincera sobre su estado. Su finalidad es obtener un beneficio mutuo en una relación basada en la confianza.

7. La **Asociación Médica Mundial** nos marca una serie de normas éticas:

- *La Telemedicina debe ser utilizada en aquellas situaciones en las que el médico no pueda estar presente de manera física en un tiempo seguro y aceptable, y cuando se haya probado que es segura y eficaz.*
- *La relación médico-paciente en Telemedicina debe estar basada en la confianza y por tanto es necesario que ambos puedan identificarse.*
- *El consentimiento informado requiere que el paciente tenga información sobre: su funcionamiento, reserva de citas, privacidad, posibilidad de fallos e, incluso, sobre la confidencialidad.*
- *El médico ejercerá su autonomía profesional para decidir cuándo la consulta debe ser de presencia física o telemática.*
- *El médico deberá registrar en la historia clínica todos los datos derivados de la teleconsulta.*

8. Hay que “humanizar” la consulta virtual. Hacerla más humana es hacerla más ética y más deontológica. Para ello, es preciso cuidar los detalles, dar confianza, cuidar el

contacto visual, realizar una identificación correcta, marcar los tiempos, saber centrar el problema y hacer un despliegue de empatía.

9. Desde los Sistemas Sanitarios los Médicos Directivos debemos favorecer el desarrollo e implantación de este tipo de atención no presencial de acuerdo con los preceptos contenidos en el Código de Deontología Médica.

10. Cada Administración, Pública, Concertada o Privada, se ocupará de la formación de profesionales y pacientes en el uso de estas técnicas y establecerán las herramientas y regulaciones necesarias para garantizar la seguridad jurídica.

11. Una correcta formación garantizará el buen uso y la eficiencia clínica, a la vez que disminuirá de manera considerable la iatrogenia en este tipo de asistencia sanitaria. Todas las intervenciones médicas y sanitarias tienen pros y contras, riesgos y beneficios, y no es posible garantizar absolutamente su inocuidad, lo cual adquiere especial relevancia en la atención no presencial.

12. Las instituciones, los médicos y demás profesionales implicados en la asistencia han de evitar que los pacientes con menos medios por carencias económicas, sociales o informáticas puedan ser víctimas de falta de accesibilidad.

13. La Deontología no debe ser un obstáculo para la atención no presencial, sino servir de cauce para evitar abusos, desatinos o despropósitos.

14. La atención no presencial nos acompañará siempre. Podría convertirse en un futuro, de hecho, ya se está convirtiendo, en el modo preferido para muchos usuarios y muchos pacientes. De nuestras Instituciones Públicas y Privadas, y de nosotros mismos, dependerá dotarla de un adecuado marco jurídico que nos dé seguridad y de un adecuado marco ético y deontológico que nos proporcione y facilite una relación médico-paciente basada en la confianza, en la excelencia y en la Lex Artis.

15. Los médicos estamos asumiendo riesgos que pueden ocasionar trascendentales consecuencias personales, familiares, administrativas e incluso penales, lo que nos debe llevar a actuar con la máxima responsabilidad desde la prudencia y la diligencia. Por ello, como Servicio de Salud y como Colegios de Médicos, con objeto de velar por nuestra seguridad personal y jurídica y la de nuestros profesionales, elaboramos este documento de recomendaciones.

16. En cualquier situación, pero de manera especial en las épocas de crisis, debemos cultivar y practicar la solidaridad y la fraternidad. No se puede ejercer la medicina desde el individualismo. Ser solidarios es ser co-responsables. El Código de Deontología en su artículo 37.1 nos dice: *“La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella solo tienen preferencia los derechos del paciente”*.

17. *“En los usos y aplicaciones de la telemedicina, los médicos asumen plenamente la responsabilidad de los tratamientos y decisiones que transmiten a sus pacientes. El médico consultado es libre de aceptar o no la consulta, y retiene el derecho de determinar si la información que se le transmite es suficiente o no para dar una opinión fundada”.* **(Universidad de Navarra. Aspectos éticos de la telemedicina. Dr. Gonzalo Herranz)**

18. *“El médico que pide la opinión de otro colega retiene la responsabilidad del tratamiento y a él le corresponde determinar, con el consentimiento del paciente, el uso que hace de las opiniones o recomendaciones del colega consultado.”* **(Universidad de Navarra. Aspectos éticos de la telemedicina. Dr. Gonzalo Herranz)**

19. El médico debe asegurarse de que su seguro médico incluye la atención no presencial. En el ámbito de la sanidad pública esa cobertura es obligación de la institución sanitaria (en el caso concreto del Servicio Extremeño de Salud está contemplada).

20. El uso del correo electrónico y los sistemas de mensajes son un complemento para el intercambio de información con el paciente. Debe comprobarse fehacientemente que la información transmitida por esta vía se realiza al paciente o, en su caso, al representante legal o persona por él autorizada. En el sistema sanitario público el profesional utilizará siempre el correo electrónico corporativo, con las indicaciones que en su caso le especifiquen para el manejo de la información. En la sanidad privada o concertada se podrán utilizar los medios tecnológicos de que se dispongan, siempre que garanticen el cumplimiento de las Leyes de Protección de Datos y de Autonomía del Paciente. La documentación remitida y/o recibida debe integrarse en la historia clínica digital del paciente o, en su caso, registrar en dicha historia esta comunicación y su contenido.

21. Sirva como conclusión final que la atención no presencial es un auténtico acto médico con toda la responsabilidad inherente al mismo, que es conforme a la Deontología Médica y que está regido por los mismos preceptos deontológicos establecidos en el Código de Deontología acerca de la relación médico-paciente.

DESDE EL DERECHO

1. Dentro de la atención no presencial podemos encontrar la Consulta Médica Telefónica (en adelante CMT) y la Videoconsulta Médica (en adelante VCM). Ambas constituyen una acción de comunicación con fines diagnósticos o con orientación terapéutica, realizadas a través de un medio telefónico o de videollamada (con imagen y sonido) entre el médico y el paciente.

Inicialmente la atención no presencial puede deberse a cualquier motivo, especialmente cuando se realiza con función de filtro (como se ha establecido durante la pandemia), y, como en toda consulta médica, hay que estar abierto a la variación del motivo de consulta en función de los datos recabados durante la misma. En cualquier caso, lo fundamental es identificar correctamente el motivo de consulta, para, a partir de él y del conocimiento que se tiene del paciente, decidir si procede resolverlo en la misma consulta telemática, si es necesario cambiar de una a otra modalidad (p. ej. de CMT a VCM), o si conviene programar una consulta presencial. El nivel de complejidad que puede alcanzar la atención no presencial depende del grado de conocimiento que el profesional tiene del paciente y su patología, así como de la relación de confianza previa que existe entre ambos. Y es el profesional quien, bajo su responsabilidad y con su mejor praxis, debe decidir hasta dónde llegar.

2. El escenario médico legal en el que nos movemos con la CMT es el siguiente:

a) Constitución Española 1.978. Artículo 43 sobre Protección a la salud:

- Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

b) El artículo 63 de la Ley General de Sanidad obliga a hacer «una medicina eficiente», mencionándose también de condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia.

c) Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. El catálogo de prestaciones mediante la Cartera de servicios comunes incluye el **consejo médico**.

d) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

- Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

- La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente.

e) Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, Artículo 32. Contenido:

- La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo

paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos de atención sanitaria

f) Ley 45/2007, de 13 diciembre. De Desarrollo sostenible del medio rural. Artículo 30. Sanidad:

- La puesta a disposición de los profesionales del Sistema Nacional de Salud, que ejercen en el medio rural, de las más modernas tecnologías y medios y, en particular, de la TELEMEDICINA.

g) Decreto 67/1996 de 21 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura. En el Título I Disposiciones Generales, Artículo 5-Funciones de Atención Directa, se expone:

Constituyen funciones de Atención Directa del Equipo de Atención Primaria, las siguientes:

1. Prestar asistencia sanitaria domiciliaria:

Esponánea: A petición del usuario ante su imposibilidad de acudir a la consulta por motivo de salud (de carácter urgente o no). Se podrán establecer comunicaciones telefónicas con el paciente o familiar para transmitir consejos, información y/o preparación de material adecuado para la asistencia. Los avisos no urgentes serán atendidos en cualquier caso antes de las 15 horas y los urgentes en el momento de la recepción del mismo.

3. Ante un proceso desconocido en el que se utilice la CMT o la VCM como único medio de diagnóstico y prescripción, sin exploración presencial, han de tenerse en cuenta las siguientes dificultades, que están en su propia esencia y que serían las siguientes:

- Se hace más difícil la interacción del facultativo respecto a la información que recibe, al no poder observar al paciente y sus reacciones. Exclusivamente escucha su voz.
- Eventual participación en las consultas de terceros que no son el paciente que añaden matices de muy difícil comprobación.
- La propia falta de seguridad que provoca en el facultativo la no presencia del paciente, y la no posibilidad de comprobación de lo que está escuchando.
- La lógica consecuencia exigida de prescribir medicamentos, terapias, que conllevan efectos secundarios que pueden ser adversos, cuando no contradictorios, con la patología atisbada exclusivamente por la información subjetiva que traslada un paciente al que no se ha visto.

4. Según la definición que hemos incorporado en el apartado 1: *“la Consulta Médica Telefónica constituye un auténtico Acto Médico porque, aunque tiene la peculiaridad de basarse en su totalidad en la anamnesis, se trata de una actividad de evaluación diagnóstica, pronóstica, y en algunos casos de ejecución de medidas terapéuticas relativas a la salud, ejercida por un médico”* (SESCAM-Servicio de Salud de Castilla-La Mancha).

5. *“La responsabilidad que deriva de la consulta telefónica no es trasladable a la Administración si lo que se pretende es excluir la responsabilidad del facultativo. Como acto médico que es, con la particularidad de que consiste exclusivamente en la anamnesis, si genera un resultado dañoso para el paciente, y en su causa puede existir negligencia en cuanto a los medios utilizados por parte del Médico (o mejor en este caso, sobre los no utilizados), se generaría su responsabilidad”* (SIMPA-Sindicato Médico Profesional de Asturias).

6. Se puede concluir que en Atención Primaria la atención no presencial es posible y fructífera gracias al profundo conocimiento que tiene el médico de familia de la mayoría de sus pacientes, especialmente si la atención a los mismos ha sido prolongada; por tanto, la variable que más puede redundar en la calidad y eficacia de una consulta telemática es la longitudinalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- I. Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España. Año 2011.
- II. Documentos de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España.
- III. Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos. Telemedicina y Deontología. Agosto 2020.
- IV. Unidad de Humanidades y Ética Médica. Universidad de Navarra. Aspectos éticos de la telemedicina. Dr. Gonzalo Herranz.
- V. Asociación Médica Mundial. 58ª Asamblea General 2007 (Copenhague) y enmendada por las 69ª Asamblea General Reikiavik).
- VI. Barcelona Health Hub. Estudio sobre la consulta de salud virtual y sus beneficios para el sistema sanitario. Barcelona, julio de 2020.
- VII. Univadis: 2020: El año de la Telesalud. 25-12-2020.
- VIII. La consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. Noviembre 2020
- IX. Avances en Gestión Clínica. Post Anna Sant. Marketing Médico. Decálogo para una consulta virtual más humana. ¿Por dónde empiezo? Mayo-2020.

- X. SESCOAM Sánchez JA, Albarrán ME, Romero S. Análisis médico-legal de la consulta médica telefónica: riesgos legales profesionales y seguridad del paciente. Rev Escuela Med Legal. 2010; (13): 31-38.
https://www.researchgate.net/publication/278003991_Analisis_medico-legal_de_la_consulta_medica_telefonica_riesgos_legales_profesionales_y_seguridad_del_paciente
- XI. Médico rural <http://medicorural.es/las-consultas-telefonicas-un-salto-de-fe/>
- XII. Halabe-Cherem J, Hamui-Sutton L. La consulta médica por WhatsApp: un deterioro en la relación médico-paciente. Med Int Méx. 2018 julio-agosto;34(4):619-621. DOI: <https://10.24245/mim.v34i4.2137>. Esta es para el punto de espacio temporales.
- XIII. Notas sobre la responsabilidad jurídica del Médico en las consultas telefónicas en Atención Primaria
- XIV. APM 3.9 Revista Digital de la Asociación Profesional de la Magistratura, posibles consecuencias penales de la praxis médica durante el estado de alarma. Amaya Merchán González. Diario La Ley, ISSN 1989-6913, Nº 9700, 2020

AUTORES

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BADAJOZ

Manuel Fernández Chavero. Médico. Presidente de la Comisión de Deontología.
Manuel Robles Marcos. Médico. Miembro de la Comisión de Deontología.
Héctor Galache Andújar. Asesor Jurídico Icomba.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CÁCERES

José María Montero Juanes. Médico. Presidente de la Comisión de Deontología.
Dimas Igual Fraile. Médico. Miembro de la Comisión de Deontología.
Lorena Velázquez Vioque. Asesora Jurídica.

SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.

Manuela Rubio González. Médico de Familia en CS Trujillo. (Subdirectora de Atención Primaria hasta octubre de 2021).
M. Ángeles Casado Medina. Médico. Responsable de Asistencia Sanitaria.