**TELEMEDICINA Y DEONTOLOGÍA**

*Comisión de Deontología y Etica del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos*

## I. INTRODUCCIÓN.

Parece existir consenso en que una de las consecuencias de la pandemia de COVID-19 será que los responsables de los sistemas sanitarios de todo el mundo recapaciten sobre el papel que ha de tener la tecnología digital en la atención médica. Y no tanto por la aparición de instrumentos nuevos, sino por la necesidad que se ha evidenciado de emplear alternativas tecnológicas que ya existían a la atención sanitaria tradicional. Desde una línea telefónica, hasta un sistema más avanzado de videoconsulta, los casos de uso de sistemas de atención remota han aumentado al mismo tiempo que progresaba la pandemia, y parece claro que muchas de las nuevas prácticas van a persistir.

Lo que sería iluso es pensar que la telemedicina (palabra que es la acepción más común para referirnos a la asistencia sanitaria en remoto) sólo consiste en montar un sistema de teleconsulta; algo tan sencillo ahora mismo como hacer una videollamada y que médico y paciente se encuentren a través de una pantalla y una red de comunicación. Las oportunidades (y los requerimientos) para la telemedicina van mucho más allá, como las relacionadas con las aplicaciones móviles, los sistemas de ayuda al diagnóstico basados en inteligencia artificial, o la llamada terapéutica digital.

Sin duda, una de las grandes áreas de la revolución digital para la sanidad, seguramente la más relevante, es la de la aplicación de la Inteligencia Artificial, que casi cada semana presenta alguna novedad en el desarrollo de algoritmos avanzados de análisis de datos médicos, y que está aportando oportunidades no sólo para perfeccionar la interpretación de la información clínica y los diagnósticos, sino también para rediseñar circuitos asistenciales y eliminar contactos innecesarios de los pacientes con el sistema.

La telemedicina se define como la prestación de un servicio de asistencia médica llevado a cabo por profesionales sanitarios a través de las tecnologías de la información y comunicación cuando la distancia se convierte en un factor crítico. Su finalidad es proporcionar

atención clínica al paciente, prevenir enfermedades y lesiones, y educar en salud a pacientes y profesionales.

La dermatología, oftalmología, radiología o cardiología fueron quizás las especialidades que más tempranamente incorporaron la práctica de la telemedicina, pero hoy en día se ha extendido a la mayoría de especialidades. El sistema público español tiene ya implementados sistemas de telemedicina, con teledermatología en varias autonomías (Asturias, Murcia, Madrid), teleictus, teleoftalmología, teleendocrinología (Asturias), telecardiología (Murcia), y un elevado porcentaje de las interconsultas que se realizan en Galicia. El Instituto de Salud Carlos III y el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid han puesto en marcha el proyecto HAZLO, un servicio de telemedicina en un programa de rehabilitación cardíaca a domicilio cuyo objetivo es evaluar su eficacia en comparación con la atención presencial. Mediante un smartphone y una banda torácica de medición de la frecuencia cardíaca, el paciente puede realizar un programa personalizado de sesiones de rehabilitación física y psicológica.

La implantación de la telemedicina en Atención Primaria está llamada a desempeñar un papel muy importante, favorecedor de la integración de servicios y actividades y con repercusiones significativas en las necesidades y distribución de los recursos humanos del sistema. La transmisión a distancia de datos e imágenes y la posibilidad de interacción de diferentes profesionales disminuye los desplazamientos de los pacientes y acelera los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El desarrollo exponencial de estas tecnologías está permitiendo la implantación de nuevas modalidades asistenciales (teleasistencia) a distancia a través del correo electrónico o de la conexión con imagen entre el profesional y el paciente.

Las aplicaciones de la telemedicina son muy numerosas. Entre ellas se incluyen además de la atención a los procesos asistenciales, el apoyo a la continuidad asistencial, la información a los usuarios o el uso en la formación continuada de profesionales. Trabajos previos han descrito específicamente su potencial en emergencias de salud pública y grandes catástrofes. En la distancia ayuda a resolver problemas clínicos, entre los que son muy frecuentes el apoyo al diagnóstico mediante estudio de imágenes (radiografías, TC, ecografías, etc.) o el estudio a

distancia de muestras biológicas; y también proporciona medidas de salud pública, minimizando los problemas logísticos y de seguridad asociados a la prestación de la asistencia médica. En general se trata de una práctica que se ha ido implementando a nivel mundial, y en países como Estados Unidos, Reino Unido, Australia o Canadá se ha desarrollado especialmente en Atención Primaria incluso entre diferentes profesionales sanitarios. Cuando hablamos de telemedicina no nos estamos refiriendo solamente a un acto que implica a un médico y a un paciente, sino que la telemedicina también se aplica a aquellos actos médicos realizados entre médicos (sesiones clínicas, segunda opinión, etc).

En España, además de los mencionados anteriormente, se han desarrollado diversos proyectos sobre telemonitorización en pacientes crónicos en su domicilio (enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, diabetes) observándose resultados muy alentadores que muestran un mejor control de la patología, menor número de visitas al centro de salud y servicios de urgencias, así como también una reducción de ingresos hospitalarios. Una de las principales ventajas de la telemedicina para los pacientes es la comodidad: los pacientes no tienen que desplazarse al centro de salud o al hospital, a veces evitando viajes desde poblaciones lejanas, evitándole gastos, pérdida de tiempo o días de trabajo, etc.

No obstante, cuando sea posible, debería hacerse un análisis reflexivo y autocritico de sus fortalezas y debilidades, estando convencidos que las consultas telemáticas formarán parte principal de nuestra práctica médica siempre que se definan con claridad sus limitaciones y sus garantías, y sobre todo, se resuelvan las potenciales resistencias al cambio tanto por parte de los usuarios como de los profesionales.

## II. SITUACIÓN ACTUAL DE LA TELEMEDICINA ANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19)

Los servicios de telemedicina resultan adecuados para manejar los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud en respuesta a brotes de enfermedades infecciosas como el producido por SARS-CoV-2. Se ha demostrado que no solo reducen la exposición humana entre

profesionales sanitarios y pacientes, sino que reducen la propagación comunitaria y nosocomial, proporcionan tranquilidad y orientan a los pacientes facilitando el acceso universal a la atención sanitaria, especialmente en aquellas áreas donde éste resulta más difícil. En el caso concreto de China, se ha observado una mayor tasa de mortalidad por COVID-19 en aquellas poblaciones que disponían de una menor accesibilidad a servicios de telemedicina. A nivel mundial se ha convertido en un instrumento esencial no solo a nivel de atención primaria, sino también en otras especialidades y de manera básica para la asistencia de pacientes especialmente vulnerables en áreas como oncología o cuidados paliativos.

La pandemia por COVID 19, está siendo una auténtica emergencia de salud pública que ha que ha obligado, casi de improviso a la administración sanitaria a reactivar el sistema de telemedicina. Su implementación, en términos generales ha sido muy beneficiosa, aunque solo sea por haber disminuido el riesgo epidemiológico de concentrar a los pacientes en el centro de salud.

En España se han publicado las correspondientes guías de actuación para el manejo de casos de COVID-19 en atención primaria, en las que se establece la comunicación mediante, fundamentalmente, contacto telefónico del posible caso. Tales indicaciones son de aplicación en todo el territorio nacional, aunque además cada comunidad autónoma especifica las diferentes recomendaciones no solo respecto a los casos de COVID-19, sino también al manejo del resto de pacientes con diversas patologías. En el caso de Andalucía, los pacientes realizan una solicitud de asistencia con los profesionales de medicina de familia, enfermería y pediatría, mediante consulta telefónica al Centro de Atención Primaria (CAP). Posteriormente el profesional asignado realiza la llamada para atender la solicitud y en caso necesario indica la realización de una consulta presencial. En pacientes crónicos y vulnerables se realiza también seguimiento mediante asistencia telefónica para valorar su situación general, los aspectos relacionados con sus problemas de salud de base y recomendar medidas de prevención ante la posibilidad de contagio de COVID-19. En este tipo de pacientes, el control resulta esencial para prevenir el agravamiento de problemas de salud previos y garantizar que no aparezcan problemas colaterales.

Para poder gestionar la gran demanda de atención sanitaria se crearon circuitos diferenciados (pacientes sospechosos con síntomas respiratorios y pacientes no sospechosos), pero primando la atención telefónica y no recomendando la consulta presencial, salvo en los casos que se considerasen imprescindibles. No obstante, durante las primeras semanas de pandemia los sistemas de atención telefónica se vieron desbordados, con retrasos en la atención de varias horas. En Andalucía. Para intentar aliviar dicha situación, se promovió la atención a través de un área de reciente creación, dentro de la aplicación "salud responde" denominada "coronavirus asistente virtual", pero que tampoco tenía la respuesta ágil que esperaban los ciudadanos.

Todo ello ha conllevado en muchos casos la desatención o insuficiente seguimiento de pacientes crónicos, ancianos y procesos no agudos ni COVID-19, lo que ha generado un daño real a algunos pacientes y muchos conflictos de conciencia en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Se ha desatendido a pacientes que lo necesitaban y se han producido demoras, olvidos e inatenciones, a veces incluso tan importantes como la asistencia a algunos enfermos oncológicos y de cuidados paliativos.

## III. ASPECTOS LEGALES.

La Telemedicina no es un fin, es solo un instrumento, que se puede ser muy útil o perverso, dependiendo de cómo, cuándo y quien lo utilice. No debemos generar dudas sobre su comparación con la consulta presencial entre el médico y el paciente, que sigue siendo la regla de oro de la atención médica. Por ello, la telemedicina no debe considerarse nunca exactamente igual a una atención médica presencial.

En España no existe una regulación legal específica y singular respecto a la prestación de asistencia sanitaria a distancia. Por defecto, es de aplicación entonces la normativa general del acto médico en su forma presencial. Por citar las más relevantes y sin entrar en detalle de sus contenidos, conviene recordar la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Ley orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, Ley

44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, además de la deontología médica y *lex artis ad hoc*.

El artículo 4.7 de la Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece que el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico. Es decir, el médico podrá optar por la telemedicina si lo considera técnica y científicamente adecuado, pero siempre con la debida sujeción a los principios y limitaciones contenidos en el ordenamiento deontológico.

Además de estas disposiciones legales, existen numerosas directivas europeas que regulan directa o indirectamente la telemedicina:

Arts.16.1, 56 y 57 del Tratado Fundacional de la Unión Europea y en el art. 8 de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE; Directiva 2002/58/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al tratamiento de los datos personales y a la protección de la intimidad en el sector de las comunicaciones electrónicas; Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos; Directiva 2011/24/UE, sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza; Directiva 90/385/CE, sobre productos médicos implantables activos; Reglamento 593/2008, sobre obligaciones contractuales; Reglamento 874/2007 obligaciones no contractuales, etc.

La reciente Directiva sobre derechos de los consumidores, 2011/83/UE, excluye expresamente la asistencia sanitaria de su ámbito de aplicación, siendo competencia de los Colegios Profesionales en España la defensa de estos.

De todo ello cabe deducir que la práctica médica por medios electrónicos no flexibiliza ni aminora las exigencias de una buena praxis médica, ni la observancia de todas las garantías de seguridad jurídica orientadas hacia el respeto de los principios básicos de la relación médico-paciente y los derechos de autonomía, información y confidencialidad. De todas estas garantías, por la peculiaridad del modo de relación con el paciente, tiene especial relevancia la

observancia de la normativa referida a la protección de datos. Para ello, Andalucía ha desarrollado programas de intervención utilizando, directamente desde el domicilio, la base de datos del Diraya para dejar registrado todo el proceso asistencial y la aplicación MERCURIO para el envío de archivos con garantía de confidencialidad. El médico debe mantener un registro detallado mediante anotación en la historia clínica de los consejos que entrega, como también de la información recibida en la cual basó su consejo para asegurar la trazabilidad y debe tratar de asegurarse que el paciente haya comprendido el consejo y las sugerencias de tratamiento entregadas. No obstante, la idea de transcribir posteriormente, de manera manual, el desarrollo de una teleconsulta puede resultar contradictorio con el hecho de que de por sí la tecnología para la teleconsulta permite el registro directo, como grabar las videoconferencias o archivar sin salvedades el contenido de una conversación realizada mediante un sistema de mensajería. Seguramente en el futuro se establezca algún requisito para que este tipo de comunicaciones se integren directamente en la historia clínica digital, no sólo por motivo de una salvaguarda legal sino también por su interés clínico.

## IV. ASPECTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS

El uso de la telemedicina en atención primaria muestra cuantiosos beneficios en la atención al paciente, sin embargo, resulta preceptivo considerar los problemas éticos asociados descritos por la Asociación Médica Mundial (WMA) y otras publicaciones, pues tiene algunos aspectos negativos que conviene tener en cuenta para minimizarlos. Señalamos los siguientes aspectos:

### Relación médico-paciente

El Código de Deontología Médica español (CDM), actualmente en revisión, señala como ineludible el contacto personal entre médico y paciente, y considera contrario a las normas deontológicas el ejercicio de la telemedicina de forma exclusiva (art. 26.3). *"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".* Este es un

aspecto que va a modificarse en el nuevo Código de Deontología que aún está en fase de borrador. En todos los textos que se han discutido hasta la fecha hay acuerdo en que la telemedicina es una práctica acorde a la deontología, siempre y cuando se cumplan los requisitos necesarios para que se pueda hacer con seguridad y calidad.

No obstante, continua el artículo 26.4 del Código: *"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".*

Dada la situación excepcional de emergencia sanitaria, el pasado 10 de junio 2020 la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico del CGCOM ha publicado un documento titulado "E-consulta. La Telemedicina en el acto médico", en el que se recogen los puntos esenciales del Borrador de actualización del Código de Deontología Médica respecto al nuevo capítulo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación. Este documento admite que el desarrollo tecnológico espectacular de las TICs y la normalización social de su uso obligan a actualizar las normas deontológicas vigentes del año 2011 e incluso las incluidas en el actual borrador del Código en proceso de aprobación. Resumimos sus conclusiones:

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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.

- ✓ El uso de medios telemáticos es conforme a la Deontología Médica, siempre que haya voluntad y consentimiento informado del paciente, del que debe quedar constancia en la historia clínica.
- ✓ Siempre ha de ser clara y fehaciente la identificación de quienes intervienen en la comunicación.
- ✓ 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 particular, lo que se plantea es la puesta en peligro de la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención, pudiendo llegar a debilitar la relación médico-paciente. La empatía y confianza que se genera entre ambas partes es resultado de las señales visuales y del lenguaje corporal, ambos inexistentes en la asistencia telefónica.

La Atención Primaria se caracteriza por una relación de proximidad y conocimiento del paciente desde un punto de vista clínico y psicosocial, especialmente para los enfermos que precisan seguimiento. Sin embargo, también supone una dificultad añadida aquellos pacientes que precisan de asistencia médica por primera vez, o la reciben de un médico de familia diferente al asignado debido a la reorganización de los equipos ocasionada por la situación actual.

La telemedicina, como se ha dicho, no es un fin en sí misma. Se debe considerar como otro instrumento para mejorar la atención y el tratamiento de los pacientes. Además, la pandemia coloca a los profesionales sanitarios de atención primaria bajo una enorme presión en el ámbito laboral y emocional, debido a que constituyen la primera barrera en la asistencia. Si bien es cierto que la telemedicina no puede reemplazar la atención del paciente en persona, puede resultar beneficiosa a la hora de reducir carga de trabajo y optimizar tiempos.

Aun así, toca ahora recomponer progresivamente las consultas presenciales, que son imprescindibles para recuperar la relación médico-paciente y para mejorar la calidad asistencial; las primeras consultas no deberían ser nunca por telemedicina y definitivamente

no puede haber una auténtica relación médico-paciente de confianza y conocimiento mutuo si no es presencial. Surgieron problemas muy serios derivados de que la asistencia telefónica a pacientes fuera de su cupo o atendidos por residentes en formación que no conocían previamente al paciente. Si no hay una relación médica ya establecida, un conocimiento previo entre médico y paciente, salvo casos puntuales de urgencia o de meros trámites administrativos, no debe haber una consulta exclusivamente a través de medios telemáticos.

En estos tiempos de pandemia se han restringido muchísimo las consultas presenciales, y además algunos médicos han optado claramente por favorecer las consultas telefónicas en detrimento de las presenciales, por lo que se están generando protestas y comentarios muy negativos de pacientes en redes sociales, en muchos casos bien fundadas.

**Autonomía del paciente y consentimiento informado**

Para que una acción sea calificada como autónoma, debe ser intencional, informada y libre de coerción. Hay autores que sostienen que la ausencia de interacción y contacto personal con el paciente pueden colocarlo en una situación más pasiva. El uso de la tecnología puede suponer una carga excesiva para un paciente vulnerable que no tenga un conocimiento apropiado sobre su uso e implicaciones. Se deshumaniza la relación, convierte al paciente en un objeto, pudiendo incluso llegar a afectar a su dignidad.

Un consentimiento informado adecuado requiere que el proceso de información al paciente sea exhaustivo. En el contexto de la telemedicina, los pacientes deben ser informados no solo sobre cuestiones médicas y opciones de tratamiento, sino también sobre algunas de las características distintivas que presenta este tipo de asistencia. Se incluye el funcionamiento del servicio en cuanto a la solicitud de asistencia o la demora en el contacto por la carga asistencial, y también la forma en la que se va a llevar a cabo la prescripción de un fármaco, las limitaciones que supone una consulta telefónica a la hora del diagnóstico y la coordinación con otros equipos, respetando finalmente la decisión del paciente. Esto le presenta al médico un nuevo reto añadido a la presión ocasionada por las circunstancias, y ante el que además puede que no haya tenido tiempo suficiente para adaptarse. Se trata de desarrollar nuevas habilidades para guiar al paciente en una nueva forma de atención clínica a la hora de realizar una interpretación crítica del resultado de una prueba diagnóstica, o la indicación de un

tratamiento, lo que supone en definitiva el acompañamiento en la toma de decisiones respecto a su estado de salud.

**Calidad en la atención:**

La telemedicina es considerada como una forma de asistencia efectiva y eficiente que en situaciones como la actual, optimiza los servicios de atención clínica al paciente y minimiza la transmisión infecciosa de COVID-19. A pesar de ello, se reconoce que nunca contará con los matices humanos de juicio y comunicación presentes en un examen físico del paciente. En tiempos de COVID-19 es algo que se asume y acepta en función de la relación riesgo/beneficio, aunque debemos de tratar de asegurar una visita presencial siempre cuando existan síntomas mínimamente sospechosos de situaciones de riesgo, para evitar situaciones de daño irreversible a pacientes, pues ningún medio puede sustituir a la exploración física.

El Colegio Americano de Médicos señala que cuando el médico utiliza la telemedicina no existe contacto directo con el paciente, e incluso a veces no ha habido una relación previa, por lo que se deben adoptar las medidas adecuadas para cumplir los estándares de atención clínica, igual que si la consulta fuera en persona. Para ello la WMA recomienda el uso regular de medidas de evaluación de la calidad de la atención, asegurando un mejor diagnóstico y tratamiento y siguiendo las normas de práctica médica basada en la evidencia.

Una vez más, la necesidad de conocer bien al paciente y tener disponible su historia clínica en el momento de la atención telemática, son requisitos necesarios patente para que pueda asegurarse una atención médica de calidad. Con la salvedad de cuando se disponga de dispositivos de control remoto o de imagen que nos permitan cierta seguridad en la evaluación del paciente, ante síntomas que siquiera mínimamente sean sospechosos de situaciones de riesgo, hay que recomendar la visita presencial. La posibilidad de cometer errores diagnósticos y de tratamiento es superior en la práctica de la telemedicina que en la asistencia presencial.

En este sentido, es trascendente recordar el art.7.5 del Código de Deontología y Ética Médica, que obliga a los médicos a velar porque en el sistema sanitario se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos, incluso obligándoles a denunciar las carencias que aprecien en ese sistema, lo cual es aplicable a la telemedicina. En

este sentido, compartimos las recomendaciones de la ponencia "*Pautas básicas para una Telemedicina segura"* de D. Manuel Pérez Sarabia del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, en las que se señala que *"la telemedicina es una forma de realizar el acto médico en la que no existe ninguna justificación para disminuir los estándares de calidad respecto a la medicina presencial, especialmente la información que se traslada al paciente así como las limitaciones que puedan existir".*

**Acceso**

La telemedicina facilita el acceso a la atención médica, pero, aunque resulte paradójico, al mismo tiempo en cierto modo puede dificultarlo de forma selectiva. Nos encontramos ante la denominada "brecha digital" que separa a todos aquellos que no pueden hacer uso de la tecnología. El contacto no siempre resulta factible ya que no todos los pacientes disponen de conexión a Internet o de los dispositivos electrónicos necesarios para ello, considerando además el caso de ancianos o personas con menor formación y habilidades tecnológicas.

Es un recurso utilizado de forma universal, aunque con mayor dificultad de acceso en los países en vías de desarrollo. En este sentido, resulta llamativo que en Europa, países como Italia, con una de las mayores cargas virales de COVID-19 a nivel mundial, no incluyeran la telemedicina para todos los ciudadanos en los niveles más esenciales de asistencia sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud. En España la telemedicina se ha estado llevando a cabo mediante llamadas telefónicas, tanto en la atención primaria como en la especializada. Existen antecedentes con resultados satisfactorios, ya que a pesar de ser un servicio básico que no permite la visualización o monitorización de los pacientes, resulta efectivo como medida de distanciamiento social asegurando la atención del paciente, si bien con las limitaciones que ya hemos mencionado de proporcionar una consulta presencial con síntomas de sospecha.

**Confidencialidad**

Cuando la asistencia sanitaria no sea presencial, el derecho a la intimidad del paciente no puede resultar menoscabado, y para garantizarlo se debe proceder a la identificación mutua entre el profesional sanitario y el enfermo (arts. 26.4 y 26.6 del Código de Deontología).

La telemedicina ha puesto de manifiesto entre sus debilidades la confidencialidad del paciente. Se recomienda comenzar la consulta verificando su identidad y si no es conocido, solicitar una serie de datos identificativos (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, DNI o número de la tarjeta de la Seguridad Social). A pesar de que el médico de atención primaria tenga habitualidad con sus pacientes, comprobar el nombre o incluso intentar reconocer la voz son métodos poco fiables, puesto que las propiedades acústicas de la voz se modifican sobremanera. Supuestos como dejar mensajes en el contestador a la espera de devolver la llamada o proporcionar información a un familiar sin identificación, posibilita que personas no autorizadas puedan obtener información confidencial con facilidad. Por otra parte, el negarse de forma categórica a facilitar información por teléfono puede vulnerar el derecho de una persona que sí tenga acceso legítimo a la misma. En la literatura se plantean como soluciones posibles en el caso concreto de las llamadas telefónicas, el uso de contraseñas preestablecidas solo conocidas por las personas autorizadas por el paciente.

**Responsabilidad**

Se considera acorde a la deontología el uso de la telemedicina como un sistema de orientación y ayuda en la toma de decisiones (art. 26.5 del Código deontológico). Sin embargo, la pandemia ha obligado a su uso extendido, por lo que la atención clínica no debería verse comprometida respecto al derecho a recibir asistencia sanitaria, ni tampoco en cuanto a seguridad del paciente se refiere. La situación de necesidad generada por la pandemia obliga al médico a ser especialmente proactivo en cuanto a su propia protección frente a responsabilidades, por lo que se recomienda ser muy cuidadoso en el registro de la asistencia prestada. Ante las posibles responsabilidades surgidas es necesario detallar la información aportada por el paciente, su comprensión sobre las indicaciones facultativas respecto al diagnóstico o prescripción terapéutica, así como su participación y aceptación en la toma de decisiones. Hay que transcribir puntualmente en la Historia Clínica el resumen de la conversación mantenida y las posibles indicaciones que se hagan al paciente.

En los casos de mayor riesgo o que supongan una situación de urgencia se recomienda visitar al paciente presencialmente, incluyendo también la derivación a los servicios de urgencias si fuera necesario.

***Decálogo sobre la Telemedicina***

Como colofón a este informe, proponemos un decálogo o recomendaciones a seguir en las consultas de telemedicina, válidos en cualquiera de las formas de ejercicio de la medicina.

1. La telemedicina es una forma de realizar el acto médico en la que no existe justificación alguna para disminuir los estándares de calidad respecto a la medicina presencial, debiendo dejar constancia formal de la información completa al paciente y trasladar a su vez las limitaciones que puedan existir.
2. Aunque la relación médico-paciente debe ser prioritariamente presencial la telemedicina es de gran utilidad en determinadas situaciones. Se recomienda que la primera visita debe ser presencial, dejando constancia en la historia una completa valoración del paciente.
3. El procedimiento garantizará siempre la identidad de médico y paciente, una completa accesibilidad por parte de profesionales y pacientes y un adecuado tiempo de respuesta.
4. El uso de la telemedicina precisa del cumplimiento de todos los principios deontológicos, especialmente lealtad al paciente, secreto, confidencialidad y protección de los datos.
5. El acto médico vía telemática requiere el máximo respeto a la dignidad del paciente, las mismas exigencias de privacidad e intimidad que exige el acto presencial. El paciente debe estar libre de coacciones e injerencias ajenas.
6. La telemedicina podrá utilizarse para:
    - el seguimiento y tratamiento de enfermedades crónicas
    - actuaciones que se prestan a una adecuada valoración por imágenes
    - la emisión de partes de incapacidad temporal
    - interconsultas entre profesionales
    - situaciones excepcionales
7. Puede resultar muy útil en situaciones de urgencia, cuando los procedimientos telemáticos permitan una asistencia más rápida y especializada.
8. Los actos de especial trascendencia, que precisen testigos o con implicaciones médico-legales, como emisión de consentimientos informados de intervenciones quirúrgicas o cumplimentación de documentos de voluntades anticipadas, se harán de modo presencial, en unidad de acto médico/paciente.

9. La vía telemática sólo será licita si asegura que la historia clínica no queda mermada en ninguna de las exigencias deontológicas y legales.
10. Todas las actuaciones realizadas por vía telemática deben quedar registradas e incorporadas a la historia clínica del paciente, a través de medios tradicionales o por aplicaciones telemáticas.

En la ciudad de Sevilla a 22 de junio de 2020.

*Comisión de Deontología y Etica del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos.*

Autores: Aparicio Santos, J; Aguayo Canela, M; Castellano Arroyo, M; Checa González, M; Collazo Chao, E; Domínguez Roldán, JM; Fernández-Crehuet Navajas, J; García Monlleó, J; Girela López, E; Hernández Gil, A; Martínez García, P; Pérez Sarabia, M; Villanueva Cañadas, E.