

Repercusiones de la telemedicina en la práctica asistencial: empezando la casa por el teléfono

Rafael Bravo Toledo*

Centro de Salud Linneo. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. España.

*Correo electrónico: rafabravo@gmail.com

Palabras clave: Telemedicina • Atención Primaria de Salud • Práctica clínica.

La telemedicina es un término general que abarca cualquier actividad médica a distancia. Consistiría, por tanto, en proveer servicios médicos de manera independiente de la localización de los protagonistas de la atención. En su aplicación a la práctica asistencial, podríamos concretar algo más esta definición como: la asistencia sanitaria que utiliza las tecnologías de la información y la comunicación, cuando quien la origina y quien la atiende se encuentran separados en el espacio o en el tiempo. Se abre así una puerta para asimilar la telemedicina, digámosle asistencial, con la denominada consulta no presencial, o con la consulta telemática, sin olvidar que esta modalidad abarca más servicios que la interacción médico-paciente de forma remota¹. Por otro lado, ahora se engloba la telemedicina en términos más amplios como: salud en línea, medicina 2.0, salud móvil, electrónica, móvil o digital (en inglés, por supuesto) que comparten con la telemedicina el empleo de las nuevas tecnologías y toman los apellidos del artilugio que las permiten.

Telemedicina no es una disciplina, ni siquiera una especialidad, sino una herramienta de utilización transversal para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades. Su aplicación implica el uso de un elemento de comunicación que ha variado a lo largo del tiempo desde la radio o telefonía sin hilos hasta las denominadas nuevas tecnologías de la información y comunicación. Hugo Gernsback uno de los padres de la ciencia ficción, inventor y editor acuñó en 1955 el término de teledocctor (una versión actualizada de su radiodocctor y la teledactilia de treinta años antes) para denominar a un dispositivo que combinaba un televisor e instrumentación manejada a distancia para medir el pulso, la respiración, la presión arterial y otros datos necesarios, y que eran controlados por un médico en una oficina central². El dispositivo sería alquilado por el paciente, presumiblemente en la farmacia local, y conectado a la línea telefónica. El médico, con su instrumento de control y una extensión a

modo de manos mecánicas, podía obtener toda la información que se podría conseguir en una visita domiciliaria, en una fracción del tiempo mucho menor. En la ilustración que acompaña al artículo² ya se distingue entre un elemento de ayuda en el trabajo del médico, de hecho, se publicitaba como la sustitución de la engorrosa visita domiciliaria, frente al componente de tratar a un paciente a distancia.

Esta dualidad funcional es, sin duda, una de las características de la telemedicina asistencial: una herramienta que posibilita atender a un paciente sin estar presente y las de un instrumento que facilita, extiende y acrecienta las capacidades del médico, ahorra tiempo y aumenta la efectividad profesional. La utilidad y repercusión de la primera función ha quedado clara en situaciones como la pandemia de COVID-19, en un momento donde la prudencia impedía que los pacientes acudieran a los centros sanitarios. La telemedicina, más bien una versión apresurada y rudimentaria de ella, ha sido la única manera de mantener la continuidad asistencial en esos momentos. El beneficio de la segunda función es evidente cuando la telemática se usa para crear una especie de consulta “aumentada” donde el médico multiplica sus capacidades y falla estrepitosamente cuando pretende sustituir a la consulta cara a cara con la excusa del ahorro de tiempo, costes o medidas organizativas.

Las razones para la implementación de la telemedicina en la práctica asistencial se basan, en general, en el triple objetivo de mejorar la accesibilidad, los resultados de salud de los pacientes y reducir los costos. Una revisión narrativa reciente³ afirma que hay pruebas de que este tipo de consultas se asocia con una mejora de la satisfacción por parte de la población, sin diferencias en la progresión de las enfermedades o en el uso de servicios y con menores costes. Sin embargo, una revisión sistemática⁴, algo más antigua, pero de calidad contrastada, muestra que los posibles beneficios, frente a la atención habitual, no se manifiestan de forma tan

rotunda, con resultados desiguales en magnitud y dirección. Todavía es más complicado encontrar antecedentes de la repercusión que la atención a distancia podría tener, en la forma de trabajar de los profesionales sanitarios y en la organización de la atención. En mi opinión, la búsqueda de evidencias claras que apoyaran recomendaciones globales de uso de la telemedicina o las repercusiones que esta pueda tener en la práctica asistencial está condenada al fracaso por varias razones. La primera es que la telemedicina, tal y como la entendemos, abarca unas aplicaciones tan diversas y es una herramienta tan versátil, que es difícil alojarla en un único compartimento. Telemedicina es la transmisión de la fotografía de la piel de un paciente a un especialista de referencia, pero también la videoconsulta donde el paciente nos muestra ese mismo trozo de piel, la conversación telefónica donde el paciente nos relata una afección dermatológica, el archivo de esa misma imagen en la historia clínica electrónica con el objeto de compararla con otra posterior o la transmisión de esta con fines docentes.

Hablar, por tanto, de la evidencia de la efectividad de la telemedicina de manera global es un propósito complejo y difícil. En la revisión, comentada anteriormente⁴, al final los resultados se limitaban a dos enfermedades e intervenciones concretas. Una revisión de revisiones sobre la consulta telefónica⁵ en atención primaria mostraba la falta de evidencia en cantidad y calidad que apoye el uso de las consultas telefónicas; si bien esto no impedía considerar las consultas telefónicas como alternativa adecuada a las consultas habituales en medicina de familia, en ciertos momentos y en ciertos entornos.

De la misma forma podríamos comentar la dificultad de hablar de las repercusiones de la atención a distancia. Que existen esas repercusiones en la práctica asistencial ha quedado claro durante la pandemia por COVID-19, pero habrá que preguntarse cuáles han sido estas y de haberlas cuántas han sido positivas, según las consideren gestores, profesionales o pacientes. Si seguimos el ejemplo de las consultas no presenciales vemos que, antes de la pandemia, las consultas telefónicas ocupaban un espacio casi marginal en la agenda de los médicos de nuestro país, iniciadas casi siempre a instancias del profesional⁶. En un momento concreto o en regiones determinadas, se pensó como un adelanto potenciar este tipo consulta. De pronto llega una pandemia¹ y, lo que era un avance, se convierte en un problema para muchos pacientes y algunos profesionales. Se pasó, sin solución de continuidad, del “me ha llamado mi médico” al “solo atienden por teléfono”; de la queja por la agenda abarrotada, gobernada desde fuera, al no saber qué hacer con la consulta vacía y un teléfono.

En cualquier caso, podríamos hablar en general, de las repercusiones de la telemedicina clasificándolas, en tono algo maniqueo, en positivas y negativas. Entre las positivas, el aumento en la variedad de tipos de consulta y las nuevas po-

sibilidades de relación, que lleva a adaptar cada demanda con el tipo de consulta más adecuada. En un artículo reciente⁷ una ronda entre expertos del primer nivel de atención muestra que, a pesar de las creencias atávicas con respecto a estos tipos de consulta sin contacto, en ellas se pueden explorar maneras particulares de relación entre médicos y pacientes y mantener la continuidad asistencial. Otras ventajas de la telemedicina son la facilidad para interactuar con interconsultas a otros especialistas, la formación continuada, tanto para entrenamiento como para docencia, sin olvidar su ventaja primigenia de ayudar en el manejo de la incertidumbre en lugares alejados o aislados.

Un análisis de las repercusiones negativas nos llevaría previamente a la incomodidad que produce en el profesional un cambio de modelo en la relación con los pacientes y en la toma de decisiones. El miedo y la falta de conocimiento en nuevas tecnologías también desempeña un papel importante, irrelevante en el uso del teléfono, pero importante para haber utilizado, o reclamado, aplicaciones como la videoconsulta o la mensajería instantánea. Sin olvidar las repercusiones médico-legales, éticas y de seguridad del paciente que también están presentes en este marco y que han sido tratadas en revisiones específicas.

La irrupción más o menos abrupta de la telemedicina nos ha enfrentado a la posibilidad de que afecte de forma negativa a los atributos básicos de la atención primaria, y muestra su principal y obvia carencia: la falta de contacto. En efecto, el contacto personal que se produce durante la consulta y en concreto en la exploración física es algo más que una herramienta que informa sobre el diagnóstico y el tratamiento, es un ritual donde se tranquiliza tanto al paciente como al médico a través de la conexión humana⁸. Sin embargo, esta carencia se ha utilizado como excusa en críticas donde se entroniza la exploración física como el *summum* de la precisión diagnóstica; desde esta misma revista se ha afirmado que las nuevas tecnologías y la telemedicina impiden el acceso presencial, agravan la ley de cuidados inversos o son una barrera más a la accesibilidad directa al médico o la enfermera por parte del paciente⁹.

Con su parte de verdad estas afirmaciones deben ser moduladas, recordando que un examen físico rápido y defectuoso, e incluso inexistente, se produce con demasiada frecuencia en nuestras consultas; que las brechas, digitales o no, se solventan reconociéndolas, y que las herramientas telemáticas (desde el teléfono a la realidad virtual) nos permiten dirigir, valorar y adecuar las demandas y necesidades de nuestros pacientes, extrayendo tiempo de las consultas presenciales menos importantes y surtiendo a consultas realmente necesarias de este elemento tan valioso como escaso en el quehacer de un médico de familia. Cuando se hacen críticas a la atención telemática se plantea un escenario de consultas monocordes en las que es casi imprescindible compartir presencialidad. A poco que se conozca cómo fun-

ción la atención primaria se sabe que las consultas no son únicas, las hay de todo tipo y no todas, ni siquiera una mayoría, necesitan que dos personas coincidan en el mismo lugar y en el mismo momento. Jay Parkinson un médico pionero que se atrevió a prescindir de un espacio de consulta decía en nuestro congreso de 2008: «Los médicos utilizan una herramienta con más de 3000 años en la atención sanitaria: la “vieja” consulta. Como quiera que casi el 50% de estas visitas son innecesarias, podemos proporcionar atención donde quiera que el paciente esté... utilizando una nueva herramienta llamada comunicación vía Internet». Nuestro colega controlaba todo su trabajo desde un iPhone con una aplicación adecuada; cuando tenía que ver a un paciente alquilaba una consulta, o mejor, acudía a su casa.

Como decíamos en un reciente artículo sobre los cambios que la pandemia había producido en la atención primaria¹⁰: el deterioro de la accesibilidad es evidente desde antes de la pandemia. La atención presencial es y seguirá siendo necesaria e imprescindible para resolver ciertos problemas, al igual que la atención domiciliaria. Pero se precisa una sustancial mutación del modelo de atención clínica que permita mantener la accesibilidad optimizando su potencialidad. No se trata de cambiar la agenda, sino el estilo de práctica profesional. Un modelo que no fije el número de visitas como objetivo, sino el número de necesidades resueltas y que prime la resolución de problemas. En este momento no se me ocurre otra forma de hacerlo que echando mano de esta he-

rramienta que, con el nombre que sea, nos permite optimizar según necesidades, la forma de “ver y estar” con nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Romanick-Schmiedl S, Raghu G. Telemedicine - maintaining quality during times of transition. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6:45. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0185-x>
2. Gernsback H. Forecast 1955. New York: Radio-Electronics Magazine; 1954. Copia en diferentes formatos electrónicos disponible en: <https://archive.org/details/Forecast1955/page/n3/mode/2up>
3. Greenhalgh T, Choon Huat Koh G, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:m1182. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1182>
4. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(9):CD002098. doi:10.1002/14651858.CD002098.pub2.
5. Downes MJ, Mervin MC, Byrnes JM, Scuffham PA. Telephone consultations for general practice: a systematic review. *Syst Rev*. 2017;6:128-234.
6. Zapater Torras F. Utilidad, eficiencia y límites de la atención telefónica. *FMC. Formación Médica continuada en Atención Primaria*. 2015;22(10): 541-3.
7. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S, Stange KC. Physical Distancing With Social Connectedness. *Ann Fam Med*. 2020;18(3): 272-7.
8. Hyman P. The Disappearance of the Primary Care Physical Examination-Losing Touch. *JAMA Intern Med*. 2020;180(11):1417-8. doi:10.1001/jamainternmed.2020.3546
9. Gené Badia J. En la pospandemia consolidemos los avances y recuperemos los valores de la atención primaria de salud. 2021;28(6):315-7. doi:10.1016/j.fmc.2021.01.007
10. Minué S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. *AMF*. 2020;16(7):384-93.