

REVISIÓN

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE A LA LUZ DE LA TELEMEDICINA

THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP IN THE LIGHT OF TELEMEDICINE

María Castellano Arroyo

Académica de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España - Medicina Legal
Catedrática de Medicina Legal y Forense Universidad Alcalá de Henares de Madrid

Palabras clave:

Telemedicina;
Relación
médico-paciente;
Ética médica,
Deontología Médica.

Keywords:

Telemedicine;
Doctor-patient
relationship;
Medical Ethics.

Resumen

La relación médico-enfermo fue el origen de la Medicina y tras más de 40 siglos, el acto médico con cambios importantes, sigue siendo el centro de esta Medicina que es más que nunca ciencia y arte. Conocer esos cambios permite mantener la calidad de la relación médico-paciente y de la asistencia sanitaria. La Medicina del siglo XXI se sirve de todos los progresos tecnológicos aprovechando todo lo que sea beneficioso para el acto médico y la relación asistencial; el mejor ejemplo ha sido la incorporación de la telemedicina. Llevar a una relación puramente humana tecnología de todo tipo, informática y de digitalización no está exento de riesgos; será preciso identificarlos y eliminar los inconvenientes que todo ello pueda significar como elemento contrario a la humanidad que debe caracterizar siempre al acto médico y a la asistencia sanitaria. En el uso de la telemedicina deben hacerse uno todos los objetivos de la medicina ciencia y del arte de personalizar cada acto médico, como único y mágico.

Abstract

The doctor-patient relationship was the origin of Medicine and after more than 40 centuries, the medical act, with its important changes, is still the centre of this Medicine that is, more than ever, science and art. Knowing these changes allows us to maintain the quality of the doctor-patient relationship and optimal health care. XXI century's Medicine uses all the technological advances taking benefits for the medical act; the best example has been the introduction of Telemedicine. Bringing technology, computing and digitalization to a purely human relationship is not exempt from risks; it will be necessary to identify them and eliminate the disadvantages that all this may mean as an element contrary to humanity that must always characterize the medical act and health care. Objectives of Medicine science-and-art must become one in the use of Telemedicine at each personalized medical act.

INTRODUCCIÓN

Probablemente la relación médico-enfermo sea el encuentro humano que se ha mantenido más fiel a su esencia y a su razón de ser a lo largo de la historia. Esa esencia sigue siendo la misma: la enfermedad compañera del hombre, al que trae miedo y sufrimientos; lo hace frágil, vulnerable, inseguro, sensible e insignificante; vivencia universal que sólo se mitiga por la confianza en el médico y la esperanza en la ciencia. Este encuentro se produce entre dos formas de pensar, de sentir, de creer, de actuar, pero que se hacen una sola en el objetivo de plantar cara a la enfermedad, de luchar juntas para conseguir la curación y el alivio de los síntomas, y, cuando esto no es posible, unir las fuerzas para conseguir el mayor bienestar y el ánimo necesario para afrontar el final de la vida

como una etapa que puede deparar solución de conflictos y oportunidades de reparación y satisfacciones espirituales y materiales. Instrumentos necesarios son la mirada, la sonrisa, la palabra, el contacto físico cálido y acogedor, expresión de sentimientos y emociones, lo más humano de las personas. Como decía W. Osler "El buen médico trata la enfermedad, el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad".

DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO A LA DE MÉDICO- PACIENTE-USUARIO

La relación médico-paciente ha evolucionado de forma paralela a la historia de la humanidad. Describimos tres etapas:

Autor para la correspondencia

María Castellano Arroyo

Real Academia Nacional de Medicina de España

C/ Arrieta, 12 · 28013 Madrid

Tlf.:+34 91 547 03 18 | E-Mail: maria.castellano@uah.es

Etapa Hipocrática, fue la Medicina ejercida por hombres sabios y pertenecientes al nivel social más reconocido conforme a la Ley Natural; el Orden es el resultado de que todos los elementos de la Naturaleza ocupen su lugar y desempeñen su función. En este contexto, la relación médico-enfermo es desigual; el enfermo (in-firmus, sin firmeza física y moral) alcanza su dignidad en la obediencia y confianza en el médico; los médicos gozan de reconocimiento, sólo se les exige sabiduría y estudio; ellos siguen como guía de conducta ponerse en el lugar del enfermo y darle el trato que desearía recibir para sí mismo; es el Principio de Beneficencia, faro único de la medicina hasta la era moderna. Ante sus privilegios, los médicos se impusieron a sí mismos unas exigencias morales como personas y como médicos que plasmaron en el Juramento Hipocrático: lo primero no dañar, el respeto a los maestros, el respeto a la vida desde sus inicios, el secreto médico para proteger la intimidad de los enfermos etc., Esta etapa se extiende hasta el final de la Edad Media. Tomás de Aquino (1) (Suma Teológica) desarrolla la teología del hombre “imagen de Dios” y superior al resto de elementos de la creación; con Spinoza (2) y otros se van reconociendo en el hombre cualidades superiores y universales fuentes de derechos; lo que marcó el comienzo del pensamiento moderno y de una nueva Era.

La Etapa Moderna reconoce a los seres humanos iguales entre sí y diferentes a los demás elementos de la Naturaleza; su igualdad reside en su estructura mental racional y libre, pueden comprender, enjuiciar, valorar y elegir; la inteligencia y la voluntad les confiere una dimensión moral de dignidad igual para todos que se va desarrollando con filósofos como Kant, a lo largo de los siglos (3). Esta nueva concepción de los seres humanos iguales en dignidad fundamentó el derecho a la vida y su protección y, sucesivamente, el derecho a la libertad, a la propiedad privada, al trabajo en condiciones dignas, a la educación... así, a lo largo de los siglos se consolidaron derechos iguales para todos, llegando en los siglos XX y XXI al llamado Estado del bienestar en los países más desarrollados. El apreciar la cualidad racional y libre del ser humano se siguió del reconocimiento del Principio de Autonomía como capacidad individual de comprender y elegir lo que se considera más favorable para sí mismo. La Autonomía personal transformó la relación médico-enfermo dando paso a la relación médico-paciente. Esta nueva relación, más igual, implica derechos y deberes para ambos (4): el médico debe transmitir al paciente la información suficiente y necesaria, sobre su salud, para que éste pueda valorar y elegir lo que desea para sí mismo. Las normas legales reconocen y protegen estos derechos y desde la Ética se impone la exigencia moral de buscar la excelencia y el mayor beneficio posible para el paciente en todos los casos.

La tercera Etapa corresponde al protagonismo de la sociedad. El acto médico sigue siendo personal e íntimo, pero se produce en el seno del grupo social y organizado conforme a un sostenimiento económico colectivo, lo que genera el derecho a intervenir en aspectos de reparto de recursos y búsqueda de decisiones justas y equitativas para todos. Nace así el Principio de Justicia y lo ejerce el grupo social.

Para Díaz-Rubio es la etapa del financiador o de la medicina socializada (5).

Así, la asistencia sanitaria en el siglo XXI, es una relación tripartita en la que el médico aporta conocimientos, capacidad, dedicación... (Principio de Beneficencia); el paciente aporta su persona, sus datos, toma decisiones... (Principio de Autonomía); y la sociedad que proporciona los recursos humanos y materiales para que la asistencia sea posible (Principio de Justicia). La Autonomía será prioritaria sobre la Beneficencia, y habrá ocasiones en que la Justicia lo será sobre la propia Autonomía. Cada acto médico necesita del correspondiente análisis, centrado en el paciente y las circunstancias.

LOS PROGRESOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS EN MEDICINA

El progreso médico ha sido permanente a lo largo de los siglos; sus fuentes: la práctica médica junto al enfermo, las investigaciones conforme al método científico y todos los avances de disciplinas afines. Especial importancia ha tenido la genética, la biología molecular, la biotecnología o las neurociencias; de estos conocimientos han derivado diagnósticos etiológicos con posibilidad de corrección terapéutica celular, pruebas o remedios facilitados por máquinas inteligentes, prótesis o fabricación de tejidos, que junto a otros muchos progresos vienen a ampliar el mejor conocimiento de la psicobiología humana y el cuidado de su bienestar (6).

La informática ha facilitado la creación de bases millonarias en datos clínicos (Big Data) cuyos tratamientos matemáticos están proporcionando resultados extraordinarios. La inteligencia artificial (7) interrelaciona unos hallazgos con otros de manera que el aprovechamiento de cada uno de los datos aportados por cada paciente en cualquier lugar del mundo, está contribuyendo a la propuesta de algoritmos aplicables con carácter general y de extraordinario beneficio común. Una de las consecuencias ha sido la denominada Telemedicina, aplicación que afecta a la relación médico-paciente-usuario y que analizamos seguidamente.

TELEMEDICINA, SUS MANIFESTACIONES Y EVOLUCIÓN

La Telemedicina la define el Diccionario de Términos Médicos como “*Disciplina científica, rama de la medicina, que se ocupa de la prestación de servicios médicos a distancia, a través de aplicaciones informáticas y redes de telecomunicación que permite el envío de datos, registros, imágenes, etc., a distancia*” (8). La OMS definió la telemedicina y remitió sus recomendaciones a sus ámbitos de influencia (9). La Asociación Médica Mundial, la definió en 2007 y actualizó en 2018 (10). También se han manifestado, al respecto, el Consejo General de Colegios Médicos de España, la Comisión Central de Deonto-

logía Médica (11), o la Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios Médicos (12). En el Plan del INSALUD del 2000 decía que *“La Telemedicina es más que una herramienta tecnológica o asistencial. Por encima de ellas la Telemedicina es un instrumento de cambio organizativo, que obliga a las instituciones a pensar de otra manera, soslayando las diferencias establecidas entre los niveles asistenciales y fomentando la integración de la información que se tiene de los pacientes y la cooperación entre los profesionales. Es además un elemento de gestión que contribuye a la mejora de la eficacia y la eficiencia de la atención prestada y la optimización de los recursos disponibles”* (13). La gran novedad es que el acto médico se realiza a distancia y el médico y el paciente se sirven de tecnología para el contacto virtual.

El origen de la Telemedicina se asocia a la monitorización de los astronautas y la conquista del espacio (NASA); desde este ámbito se extendió, entre otras a la asistencia sanitaria. La medicina militar en territorios en guerra, o la gente del mar, se sirvieron de la asistencia médica telefónica, incluso para emergencias quirúrgicas.

Progresivamente la clínica médica incorporó tecnología que, desde la telefonía inteligente (llamada, whatsApp, videollamada...), la videoconferencia, videoconsulta, instrumentos médicos específicos y todo el sistema de telediagnóstico a través de monitorización remota, permite recoger datos clínicos del paciente allí donde se encuentre. Los llamados wearables, son máquinas inteligentes de pequeño tamaño y formas muy diversas que están programadas para recoger y enviar datos; estos van desde el tiempo de sueño y su calidad, el ejercicio físico, constantes vitales, cifra de glucemia, saturación de O₂, función respiratoria etc; esto permite proporcionar cuidados específicos, si es necesario (14). Cada día se patentan instrumentos que consiguen el control del dolor y la relajación a través de impulsos neuronales emitidos desde una diadema; ropa inteligente permite predecir crisis epilépticas al captar la actividad eléctrica de la piel (Embrace); gafas que relajan contra el insomnio (Sana Health); lentillas que miden la glucosa en la lágrima (Novartis-google); el sujetador EVA que capta la temperatura, cambio de textura, color, etc. y permite el diagnóstico precoz del cáncer de mama con un acierto del 90% (15); sensores bioquímicos en pañales infantiles, o en un tatuaje, o la implantación de un chip electrónico que recoge los datos clínicos programados, que procesados al llegar al servidor, da órdenes de actuar en consecuencia.

La Teleasistencia es otro servicio de naturaleza recíproca; el paciente, si lo necesita, emite un aviso al centro receptor, que proporciona la asistencia adecuada y el centro puede controlar al paciente a través de llamada telefónica.

El reciente “Mobile World Congress” Barcelona ha aportado las últimas novedades sobre telefonía inteligente, fibra óptica y otras tecnologías con aplicaciones muy personalizadas. Living App Movistar Salud (16)

Telemedicina y Covid-19

Las ofertas de la telemedicina fueron oportunidades para las sociedades asistenciales que las introdujeron en sus prestaciones, cada vez más tecnificadas. El cliente (posible paciente en un momento determinado) podía tener en su móvil a un médico dispuesto a responder sus dudas o proporcionar diagnóstico y/o tratamiento, durante 24 horas al día, todos los días de la semana (Securitas Direct, Mapfre, AMA...).

El siglo XXI ha supuesto un avance diario, pero el gran impulso ha venido con la pandemia por el virus SARS-Cov-2 que ha favorecido el seguimiento a distancia (17). Médicos y enfermeras de Atención primaria vienen realizando centenares de consultas diarias. Para ampliar y prestar servicios asistenciales se han organizado numerosas sociedades mercantiles y plataformas desde las que se dan prestaciones a asistencia pública, privada, aseguradoras, empresas, profesionales y pacientes en los diferentes ámbitos asistenciales. Resumimos algunos datos, ampliables en las web correspondientes: Consultoras como Oliver Wyman (Health and life sciences), MedioQuo, Sanitas (Blua), TopDoctor, e-health medical (Cigna España), Elma, everis Health (ehCOS Remote Health), han reportado datos sobre incrementos notables (más del 40%), y más del 50% de las consultas han sido telemáticas; generales sobre el virus y en especialidades como la pediatría, la dermatología, la oftalmología y, sobre todo control de embarazos, psicología y seguimiento de pacientes crónicos.

Específicamente ha destacado el seguimiento de pacientes COVID-19, con síntomas leves desde Atención Primaria y con mayor sintomatología bajo control hospitalario.

CONSECUENCIAS Y RIESGOS

Esta nueva organización asistencial ofrece innegables ventajas, pero también riesgos que hemos de identificar y evitar, en la medida en que signifiquen un perjuicio para la relación médico-paciente. Cada contacto telemático asegurará quién está detrás del ofrecimiento de un servicio asistencial y quiénes son los profesionales que lo prestan. No es aceptable una medicina sin médicos; así, los médicos de las sociedades profesionales se acogerán a la disciplina colegial y al Código de Deontología Médica (en su revisión incluye dos capítulos sobre las nuevas tecnologías de la comunicación y la inteligencia artificial). Sin embargo, las sociedades mercantiles y plataformas intermediarias en el servicio asistencial, no están sometidas a esta colegiación ni disciplina. Esto debe ser subsanado para seguridad de los pacientes y de la adecuada calidad asistencial. Es preciso que a nivel europeo y nacional se someta a estas sociedades a cumplir con los mismos deberes legales y ético-deontológicos que se exigen a los médicos para su ejercicio profesional (18)

POSICIÓN EUROPEA Y ESPAÑOLA RESPECTO A LA TELEMEDICINA

La movilidad de las comunicaciones actuales, ocasiona la necesidad de asistencia sanitaria de las personas en cualquier lugar del mundo. La Unión Europea (UE) ha manifestado su preocupación por agilizar y facilitar una asistencia sanitaria transfronteriza que unifique la calidad de la asistencia prestada (19). Sin embargo, ni la Unión Europea, ni España ha regulado de manera específica la telemedicina, lo cual es muy recomendable para proporcionar garantía jurídica a las empresas y profesionales dispuestos a promover este instrumento en la asistencia sanitaria pública y privada. Estas normas también reforzarían los derechos de los pacientes en formas nuevas de relación médico-paciente.

Todo ello, ha puesto de manifiesto una nueva necesidad formativa de los profesionales sanitarios, por lo que están apareciendo ofertas como el Study Telemedicine Strategy (20); éste se ha iniciado con la receta electrónica y la digitalización de la historia clínica (HC) para su acceso desde cualquier lugar de Europa. El proyecto debe materializarse en cada país. España con el Plan Avanza, 2005 (21) propuso su intención de conseguir un sistema informático clínico-asistencial único y compatible (Sanidad en Línea). La digitalización de la HC tras más de 15 años de trabajo alcanza un nivel aceptable de compatibilidad, al menos entre las bases de datos hospitalarias y se confía que en breve la comunicación digital respecto a datos clínicos y asistencia sanitaria estará completa.

En lo que se refiere a la Telemedicina, algunas CCAA se han acogido a planes o programas específicos, así Aragón forma parte del "Health Optimum", (22) proyecto europeo, pensado para zonas rurales y alejadas de núcleos asistenciales dotados de recursos de 2º y 3º nivel que afecta a diversos servicios de telemedicina (teleconsejo, teleradiología, teleconsulta, HC, telelaboratorio). Cataluña tiene su propio Plan Estratégico de telemedicina y teleasistencia (23), pensado para el control domiciliario de afecciones crónicas, pacientes mayores y cuadros que necesitan seguimiento como los ACV, infartos, etc., (con un ahorro de unos 15€ por visita.)

Este es un aspecto en el que, previsiblemente, cada vez existirán mayor convergencia nacional y europea.

REQUISITOS DE VALIDEZ DEL ACTO MÉDICO TELEMÁTICO

El encuentro telemático entre médico y paciente, sigue siendo un acto médico, por lo tanto debe atenerse a las mismas exigencias legales y ético-deontológicas descritas en la bibliografía para el acto médico presencial y le son aplicables numerosas disposiciones legales. Los principales derechos reconocidos y protegidos son:

1. El derecho del paciente a la Información. Su cumplimiento depende del médico, debe saber hacerlo y bien, de forma similar a como se realiza en la consulta o visita presencial.

2. El Consentimiento. El médico debe obtener el consentimiento del paciente para la recogida de datos clínicos y su tratamiento, exploraciones, pruebas y elección del tratamiento de entre las alternativas que le proponga; en la consulta telemática el consentimiento adaptado al tipo de consulta y actuación, debe hacerse con las mismas garantías que en la consulta presencial, dejando constancia de todo en la HC (24).

3. Intimidad del paciente y secreto médico. Este aspecto conlleva serias dificultades para su cumplimiento. La digitalización de la HC, permite su acceso a los profesionales sanitarios que disponen de clave; aunque legalmente sólo puede accederse cuando se forma parte del equipo asistencial y lo requiere la intervención a realizar. La intimidad afecta directamente al paciente, al entorno en que se produce el encuentro, a la recogida de datos verbales o de exploración y a cuanto los médicos anotan en la evolución y asistencia prestada. La legislación sobre la protección de los datos de carácter personal es muy rigurosa y son claras las faltas administrativas y los delitos que se cometen cuando estas normas se vulneran (25-32).

El uso de la tecnología digital en asistencia sanitaria no puede ser caprichoso. En principio, será preferente la consulta presencial a la telemática. Por tanto, estará justificada por necesidades razonables y deberá ser favorable para los pacientes y la sociedad.

El acto médico que da origen a la relación entre un médico y su paciente será presencial, a fin de que ambos se encuentren y se conozcan. Así se iniciará la HC con la recogida de los datos fundamentales respecto a su estado general médico-psicológico y a las circunstancias personales y familiares más determinantes para su enfermedad y la forma de afrontarla. Así en futuros contactos telemáticos el médico podrá "identificar" al paciente, al familiar designado como más próximo y de apoyo, al cuidador/a, y otras circunstancias que sean de interés.

La consulta telefónica, sin imagen, no permite al médico ver al paciente, a su entorno, a quienes le acompañan, etc, lo que aconseja más cautelas, ya que resta garantías respecto a la intimidad o a la libertad con la que decide; se preguntarán al paciente estos datos y lo anotará en la HC. La imagen proporciona más elementos de juicio respecto a la calidad de la consulta y las circunstancias en que esta se produce. Todos los deberes de los médicos contenidos en el Código de Deontología Médica (CDM) le son aplicables al acto médico telemático, desde la propia identificación y saludo inicial, hasta la actitud y dignidad con que el médico aparecerá en la imagen y manejará la comunicación con el paciente y, en su caso, con el familiar o cuidador que le asista.

Circunstancias favorables de la Telemedicina: La especialización médica y los profesionales más cualificados se ponen al servicio del medio rural y

geográficamente mal comunicado, lo que da lugar a una medicina más justa y equitativa al hacerse universal la accesibilidad a la asistencia sanitaria de calidad. La disminución de visitas al hospital reduce las molestias del desplazamiento y los riesgos de contagio, sin olvidar el ahorro. La mayor agilidad del sistema favorece la disminución del tiempo de espera en consultas, espera diagnóstica y quirúrgica. La asistencia urgente se puede realizar de inmediato con indicaciones de actuación y terapéuticas; el asesoramiento puede ser provisional mientras se produce el traslado del paciente al ámbito hospitalario. La eficiencia de esta tecnología es aplicable a procesos administrativos protocolizados como el control de la Incapacidad temporal, emisión de informes que contengan datos clínicos, etc, siempre que se cumplan las cautelas legales.

Son inconvenientes: Las consecuencias de la ausencia del contacto físico, la mirada directa, el matiz de la sonrisa, el tono y calidez de la voz y las palabras, es decir, todo lo que hace de la relación médico-paciente un encuentro mágico y único. Será preciso evaluar el impacto de estas en la confianza, seguridad y satisfacción de los pacientes. En el caso de que el único vehículo de contacto sea la voz, los anteriores inconvenientes cobran importancia. Como hemos dicho, al médico escapa el control del entorno del paciente y surge la posibilidad de que dirijan sus respuestas, anulando su autonomía. Otro inconveniente afecta, de forma progresiva a las personas de más edad, ya que el manejo y la familiaridad con los medios telemáticos y digitales, resulta muy familiar a los jóvenes, pero su uso es más hostil para los mayores.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, TELEMEDICINA, ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA

La Ética aplicada a la profesión médica constituye la Deontología médica. Expresada en normas de conducta se recogen en el CDM (33), actualmente en revisión (34). Cada uno de sus artículos busca la excelencia de cada acto médico y la mejor imagen del médico y de la profesión para beneficio de los pacientes. El Comité Permanente de Médicos Europeos ya se ocupó del tema en 1996 (35) y la Asociación Médica Mundial en 1999, proponiendo iguales exigencias para la medicina telemática que para la presencial respecto a los derechos de los pacientes (36)

Las novedades de la telemedicina suponen para los médicos otra exigencia de aprendizaje, formación y adaptación a una realidad nueva. Su forma clásica de actuación se complementa con nuevos recursos y procedimientos, pero la esencia de la relación íntima y personal se debe mantener, y los Principios de Beneficencia, Autonomía y Justicia serán rectores y garantía de respeto a la dignidad del paciente y a sus derechos; el médico será garante de aquellas personas cuya vulnerabilidad y fragilidad merece una protección más personalizada y específica, como sucede con los menores, los discapacitados y los mayores. El Ministerio Fiscal y los Jueces serán aliados del

médico en esta tarea. Las siguientes recomendaciones preservan la calidad al acto médico telemático que, en la medida en que el contacto entre el médico y el paciente requiera de mayor intervención de tecnología y menos comunicación directa y personal, será más cauteloso y exigente. En este sentido propugnamos:

1. La Telemedicina constituye un recurso que debe llegar a todas las personas y lugares donde sea necesaria y con especial atención a las zonas geográficas peor comunicadas. La dotación de telefonía inteligente, líneas suficientes, cobertura segura y de calidad, bases de datos bien configuradas y encriptadas son imprescindibles para la seguridad que merece la intimidad del paciente y la confidencialidad de todo lo que afecta a su enfermedad y circunstancias.
2. La consulta telemática se indicará cuando los beneficios que proporcione sean superiores a sus inconvenientes. Es muy importante que la primera consulta sea presencial y que el médico elabore la HC con los datos fundamentales del paciente respecto a su enfermedad y a sus circunstancias personales, familiares y sociales. Constará la identidad del familiar de apoyo y del cuidador.
3. Al inicio de la consulta, el médico se identificará, llamará al paciente por su nombre y comprobará su identidad preguntando algún dato personal (lugar y fecha de nacimiento...) las exigencias serán similares a la consulta presencial (37).
4. Comprobará que el paciente comprende sus explicaciones y acepta el cumplimiento de sus indicaciones. Los pacientes con capacidad mermada, necesitarán para la comunicación del familiar responsable, pero, como en el caso de los menores, el paciente participará en el encuentro y en el proceso al máximo nivel que sea posible. El consentimiento se constatará y se anotará convenientemente.
5. El acto médico telemático, debe quedar registrado en la HC, de forma que se refleje con precisión la asistencia prestada, la causa, la anamnesis, los datos clínicos obtenidos y su origen (si se han registrado objetivamente, quién los refiere y su fiabilidad), el juicio clínico y la decisión terapéutica, y su adecuada transmisión al paciente. Cualquier incidencia de la entrevista, actitud del paciente, de familiares, etc, quedará registrada.
6. La consulta pasará a ser presencial cuando el médico considere necesarias exploraciones o pruebas, o por razones de calidad de la asistencia que lo justifiquen. Serán presenciales los actos de naturaleza médico-legal, que requieren comprobaciones precisas de determinados datos; es el caso de la emisión de certificados, del documento de instrucciones previas, o el consentimiento informado y escrito necesario para actos específicos (intervenciones quirúrgicas, pruebas invasivas, situaciones de riesgos específicos por diferente motivo, y siempre que el médico lo considere necesario.

7. Los pacientes menores merecen especial consideración para actuar conforme al equilibrio entre el respeto a su derecho a la información y capacidad de decidir y el papel que la ley otorga a los padres y responsables legales, en situaciones de riesgo grave y especiales.

La principal conclusión es que la relación médico-paciente debe seguir siendo considerada un acto personal e íntimo; un encuentro entre dos personas con el objetivo común de beneficiar al más necesitado, al que sufre, al que confía en recuperar su salud, al que espera la mejor atención en situaciones en que la curación ya no es posible. Esta relación es especial, única y universal y así debe seguir siendo contando con la telemedicina como un instrumento más para mejorar la calidad de la asistencia que el médico adaptará a cada paciente y a sus circunstancias; la personalización garantiza la excelencia que todo acto médico presencial o telemático debe alcanzar.

Todo ello llevó al Foro de la Profesión Médica que integra numerosas instituciones y entidades a iniciar ante la UNESCO, el 15 de junio de 2016, la solicitud de reconocimiento de la relación médico-paciente, Patrimonio Universal, Inmaterial de la Humanidad. El proceso está en marcha, a la espera de que el Gobierno de España presente la propuesta definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomás de Aquino, Santo. Suma Teológica. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2006.
2. Spinoza B. Ética. Madrid: Alianza editorial; 2011.
3. Kant, E. Primera introducción a la Crítica del Juicio, 2ª ed. Madrid; 2017.
4. Villanueva Cañadas E. Derechos y obligaciones de los pacientes y de los médicos. Relación médico-paciente. En: Gisbert Calabuig JA; Villanueva Cañadas E, ed. Medicina Legal y Toxicología. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
5. Díaz-Rubio García M. El paciente en la medicina actual. An RANM. 2018; 135(01): 45-49.
6. Castellano Arroyo M. Discurso de apertura del Curso 2019. Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental. www.RAMAO.es
7. Wilkins N. Inteligencia artificial: una guía completa sobre inteligencia artificial, el aprendizaje automático, el Internet de las cosas, la robótica, el aprendizaje profundo, el análisis predictivo y el aprendizaje reforzado. Londres: Pravex Publications; 2020.
8. Diccionario de términos médicos. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Médica Panamericana; 2011.
9. WHO Global Observatory for eHealth. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009. World Health Organization; 2010.
10. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la ética de la telemedicina: adoptada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, octubre 2007 y enmendada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reikiavik, Islandia, octubre 2018.
11. Organización Médica Colegial de España, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Crisis sanitaria COVID-19: Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la telemedicina en el acto médico: consideraciones éticas respecto a la consulta médica no presencial, e-consulta o consulta on-line, 10 de junio de 2020. www.https://cgcom.es
12. Telemedicina y Deontología. Informe de la Comisión de Deontología Médica. Consejo Andaluz de Colegios Médicos, julio de 2020. https://canm.es/wp-content/uploads/2020/07
13. Plan del INSALUD de 2015. https://www.ingesa.msc.es
14. Woreables. https://omnipemf.com/pemf-wearable
15. https://www.topdoctor.es
16. https://www.movistar.es https://signup.movistarsalud.es
17. Keesara S, Jonas A, Schulman K. Covid-19 and health care's digital revolution. N Engl J Med. 2020; 382: e82.
18. Pérez Sarabia, M. Informe jurídico para el Consejo Andaluz de Colegios Médicos. Tesis Doctoral (en realización). Sevilla, 2021.
19. Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.
20. Study TelemedicineStrategy.UE. https://Sche.online.gestmaster.com
21. Plan Avanza 2005. España.
22. Programa "Health Optimum", proyecto europeo, Aragón.
23. Plan Estratégico de telemedicina y teleasistencia de Cataluña.
24. Castellano Arroyo M, Gisbert Grifo M. La Historia Clínica. Voluntades anticipadas. En: Gisbert Calabuig JA; Villanueva Cañadas E, ed. Medicina Legal y Toxicología. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
25. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
26. Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.
27. Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
28. 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.
29. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
30. Reglamento 2016/679 (UE), del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 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.
31. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.
32. Código penal. Madrid: Editorial Technos; 2019.
33. Código de Deontología Médica. Consejo General de Colegios Médicos. Madrid 2011.
34. Propuesta revisada del Código de Deontología Médica. Comisión Central de Deontología. CGCM. Madrid, 2018.

35. Principios éticos de la telemedicina. Documento CP97/33, del Comité Permanente de Médicos Europeos, Markku Aarimaa, 28 de noviembre de 1996.
36. Asociación Médica Mundial. Toma de posición sobre las responsabilidades y las directrices éticas ligadas a la práctica de la telemedicina. Adoptada por la 51 asamblea, Tel Aviv (Israel), octubre 1999.
37. Guía para la Consulta telefónica. Actualización, junio de 2021. Junta de Andalucía.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:
Castellano Arroyo M. La relación médico-paciente a la luz de la telemedicina. An RANM. 2021;138(02): 143–149. DOI: 10.32440/ar.2021.138.02.rev04
