

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA**

Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria



**ASPECTOS ÉTICOS Y MÉDICO-LEGALES EN LA
TELEMEDICINA: LA CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Juan Antonio Sánchez Losada

Bajo la dirección de los doctores
Andrés Santiago Sáez,
M^a Elena Albarrán Juan

Madrid, 2011

ISBN: 978-84-695-1011-7

©Juan Antonio Sánchez Losada, 2011

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TOXICOLOGÍA Y LEGISLACIÓN SANITARIA

*Aspectos Éticos y Médico-Legales en la
Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica*

Tesis Doctoral

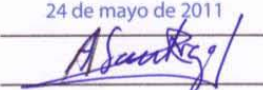

Juan Antonio Sánchez Losada



DIRECTORES: *D. Andrés Santiago Sáez*

Dña. M^a Elena Albarrán Juan

Madrid, Junio 2011

INFORME DEL DIRECTOR/ES DE LA TESIS		
<p>El presente trabajo de investigación, versa sobre un aspecto de la asistencia sanitaria, que necesariamente precisaba de un análisis desde la óptica médico legal. El doctorando ha utilizado para ello una metodología clásica acorde con los requisitos exigidos en este Departamento de la Facultad de Medicina. Los resultados obtenidos y su posterior discusión, han permitido emitir unas conclusiones que dan respuesta a todos los objetivos planteados por el investigador. Por ello cumple con los estándares propios de postgrado para acceder a la titulación académica de Doctor.</p>		
Fecha	24 de mayo de 2011	Fecha
Firma		Firma
D.N.I	51.362.507	D.N.I
Fecha	24 de mayo de 2011	Fecha
Firma		Firma
D.N.I	51670258E	D.N.I

EVALUADORES ESPECIALISTAS EN LA MATERIA (7)		
artº. 4.9 b y 4.9 c de la Normativa de desarrollo del R.D. 1393/2007 (Deberá indicarse cual de los especialistas está incluido en el programa de Doctorado)		
Nombre		D.N.I
Elena Labajo González	<input checked="" type="checkbox"/> INTERNO	05.423.145K
Centro		
Facultad de Medicina. Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria		
Nombre		D.N.I
José Ramón Mérida Velasco		26.452.578W
Centro		
Facultad de Medicina . Departamento de Embriología y Anatomía II		
Nombre		D.N.I
Centro		

APROBACIÓN DEL ÓRGANO RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE POSTGRADO (3)	
(Se deberá reflejar la aprobación de la admisión a trámite por el Órgano Responsable del Programa de Postgrado, acompañando a este impreso los informes señalados en el art. 4.6, y los emitidos por los especialistas señalados en el apartado anterior, de acuerdo con la Normativa de Desarrollo de la UCM, del R.D. 1393/2007, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.	
<p>El presente trabajo de tesis doctoral, mantiene los estándares de calidad evaluados en nuestro departamento. Ha pasado el requisito previo de lectura y aprobación por el mismo en sesión programada con la asistencia de los profesores vinculados al centro.</p>	
Fecha	Firma
28-2-2011	



AGRADECIMIENTOS:

A mis directores de Tesis, los profesores D. Andrés Santiago Sáez y Dña. M^a Elena Albarrán Juan, profesores del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la UCM, por sus consejos, su preocupación y su entusiasmo para la consecución de esta Tesis Doctoral. Mención aparte merece D. Andrés Santiago Sáez, por enseñarme el arte de la Medicina Legal aplicada en el Hospital y abrirme los ojos a un mundo tan nuevo, como interesante; también por su perseverancia en trasmitirme la importancia de plasmar mis inquietudes investigadoras a través de esta Tesis Doctoral.

A Dña. M^a José Anadón Baselga, Directora del Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria de la Facultad de Medicina de la UCM por su confianza en mis capacidades y en este proyecto, así como por sus consejos.

A D. José Antonio Sánchez Sánchez, que fuera Director de la Escuela de Medicina Legal y Forense de la UCM por su interés en impulsar mi formación académica, y por abrir las puertas de la Escuela para todo lo que he necesitado estos años.

A D. Pablo Salinas Sánchez, profesor del Departamento de Anatomía y Medicina Legal de la Universidad de Málaga por inculcarme el espíritu investigador desde mi más temprana etapa universitaria.

A D. Pedro Cuesta Álvaro, responsable del Centro de ayuda a la investigación de la Universidad Complutense por mostrarme el camino para sacarle provecho a la información.

A los casi 1.000 Profesionales Sanitarios de Castilla-La Mancha que han compartido conmigo sus inquietudes, opiniones y experiencias a través de la encuesta que me ha ayudado a resolver algunas cuestiones relevantes de esta Tesis Doctoral.

*A Sara y Carlota,
por creer siempre que soy el mejor,
cuando lo mejor son ellas realmente.*

***ASPECTOS ÉTICOS Y
LEGALES EN
TELEMEDICINA: LA
CONSULTA MÉDICA
TELEFÓNICA***

ÍNDICE

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	7
ÍNDICE DE TABLAS	9
ÍNDICE DE GRÁFICOS	10
ÍNDICE DE FIGURAS	11
JUSTIFICACIÓN	12
1. INTRODUCCIÓN	15
1.1. El Acto Médico y la Telemedicina	16
1.1.1. Definiciones de Acto Médico	16
1.1.2. Nuevas formas de ejercicio de la Medicina.....	17
1.1.3. Telemedicina: tipos y aplicaciones.....	18
1.2. La Consulta Médica Telefónica como forma básica de Telemedicina	19
1.3. Toma de Decisiones Sanitarias: factores determinantes	20
1.4. Consideraciones Éticas en la Consulta Médica Telefónica	22
1.5. Aspectos Médico-Legales en la Consulta Médica Telefónica	28
1.5.1. Normas Vigentes	28
1.5.2. Riesgos Médico-Legales	30
1.5.3. Responsabilidad Médica en Telemedicina	31
1.5.4. Jurisprudencia y Experiencia.....	34
2. HIPÓTESIS	36
3. OBJETIVOS	38
4. MATERIAL Y MÉTODO	41
4.1. Fase 1. Revisión Literatura Médica y Jurisprudencia	42
4.1.1. Material: Bases de Datos de Literatura Médica y Jurisprudencia	42
4.1.2. Metodología: Revisión de Literatura y de sentencias	42
4.2. Fase 2. Análisis de Consultas Médicas	43
4.2.1. Material: Base de Datos de Consultas Médicas en Centros de Urgencias	43
4.2.2. Metodología: Análisis de Datos de Consultas Médicas	45
4.3. Fase 3. Encuesta a Profesionales Sanitarios	47
4.3.1 Material: La Opinión y Experiencias de los Profesionales Sanitarios	47
4.3.2. Metodología: Encuesta a Profesionales Sanitarios.....	47
5. RESULTADOS	51

5.1. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	52
5.2. RESULTADOS EN JURISPRUDENCIA	54
5.3. RESULTADOS EN CONSULTAS MÉDICAS 1-1-2.....	55
5.3.1. Frecuencias	55
5.3.2. Tablas de Contingencia	61
5.3.3. Árbol de Agregación	64
5.4. RESULTADOS EN ENCUESTA A PROFESIONALES	69
5.4.1. Frecuencias	69
5.4.2. Tablas de Contingencia	78
5.4.3. Árbol de Agregación	90
6. DISCUSIÓN	95
7. CONCLUSIONES	100
8. RECOMENDACIONES	103
9. BIBLIOGRAFÍA	106
10. ANEXOS.....	111
10.1. Glosario de Términos	112
10.2. Sentencias	113
10.3. Variables consideradas en las Consultas Médicas	117
10.4. Encuesta Consulta Médica	118
10.5. Respuestas planteadas en la Encuesta a Profesionales	119
10.6. Carta Presentación de la Encuesta.....	120

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de consultas telefónicas por franja horaria	55
Tabla 2. Distribución de consultas telefónicas por edades	56
Tabla 3. Distribución de consultas telefónicas por sexo	57
Tabla 4. Distribución de consultas telefónicas por tipo de consulta	57
Tabla 5. Distribución de consultas telefónicas por alertante	58
Tabla 6. Activación de recursos ante consultas telefónicas	59
Tabla 7. Finalización de las consultas médicas telefónicas.....	60
Tabla 8. Tabla de Contingencia Alertante* Recurso.....	61
Tabla 9. Tabla de Contingencia Alertante* Finalización	63
Tabla 10. Respuestas a Pregunta 1: frecuencia consultas telefónicas	71
Tabla 11. Respuestas a Pregunta 2: frecuencia consejo sanitario	72
Tabla 12. Respuestas a Pregunta 3: recomendación consulta presencial	72
Tabla 13. Respuestas a Pregunta 4: insatisfacción consultas telefónicas.....	73
Tabla 14. Respuestas a Pregunta 5: problemas o reclamaciones.....	74
Tabla 15. Respuestas a Pregunta 6: consulta telefónica vs presencial	75
Tabla 16. Respuestas a Pregunta 7: riesgos consultas telefónicas.....	75
Tabla 17. Respuestas a Pregunta 8: seguimiento a distancia crónicos	76
Tabla 18. Respuestas a Pregunta 9: urgencias a distancia en zona rural	77
Tabla 19. Respuestas a Pregunta 10: juicio diagnóstico telefónico.....	78
Tabla 20. Resumen de procesamiento de casos. Lugar de Trabajo*Pregunta n.....	79
Tabla 21. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 1	80
Tabla 22. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 2.....	81
Tabla 23. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 3.....	82
Tabla 24. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 4.....	83
Tabla 25. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 5.....	84
Tabla 26. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 6.....	85
Tabla 27. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 7.....	86
Tabla 28. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 8.....	87
Tabla 29. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 9.....	88
Tabla 30. Tabla de Contingencia: Lugar de Trabajo*Pregunta 10.....	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de consultas médicas por franja horaria	55
Gráfico 2. Distribución de consultas médicas por edades	56
Gráfico 3. Distribución de consultas médicas por sexo	57
Gráfico 4. Distribución de consultas médicas por tipo de consulta	58
Gráfico 5. Distribución de consultas médicas por alertante	59
Gráfico 6. Activación de Recursos ante consultas telefónicas	60
Gráfico 7. Distribución de encuestas por categoría profesional.....	69
Gráfico 8. Distribución de encuestas por franja de edad.....	69
Gráfico 9. Distribución de encuestas por sexo	70
Gráfico 10. Distribución de encuestas por lugar de trabajo	70
Gráfico 11. Respuestas a Pregunta 1: frecuencia consultas	71
Gráfico 12. Respuestas a Preguntas 2 y 3: resolución consultas	73
Gráfico 13. Respuestas a Preguntas 4 y 5: problemas consultas	74
Gráfico 14. Respuestas a Preguntas 6 y 7: opinión consultas	76
Gráfico 15. Respuestas a Preguntas 8 y 9: utilidad consultas	77
Gráfico 16. Respuestas a Pregunta 10: juicio diagnóstico telefónico	78
Gráfico 17. Grupos homogéneos en la Encuesta.....	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Estructura de la Información en 1-1-2	44
Figura 2. Información del Incidente en 1-1-2.....	44
Figura 3. Información de la Intervención en 1-1-2	44
Figura 4. Tablas Estáticas SITREM	45
Figura 5. Árbol de Agregación de Consultas	67
Figura 6. Árbol de Agregación de Encuestas	90

JUSTIFICACIÓN

Justificación

Los Servicios de Salud se enfrentan a importantes retos: el aumento de la demanda de atención sanitaria, el envejecimiento de la población, el aumento de la movilidad de los ciudadanos, la desigualdad en el acceso a los recursos sanitarios y la sostenibilidad económica. Los expertos coinciden en que el gasto en salud aumenta de forma expansiva por razones estructurales: el envejecimiento de la población, el encarecimiento de los tratamientos y la exigencia creciente de los ciudadanos. La actual coyuntura requiere introducir nuevas políticas encaminadas a lograr un uso más eficiente de los recursos, todo ello en un contexto agravante de crisis económica¹. La situación actual de concentración de la utilización intensiva de recursos sanitarios en el último periodo de la vida, nos conduce hacia un aumento del gasto en prevención y tratamiento de enfermedades crónicas que requieren además un seguimiento continuado y **frecuentes contactos del paciente con el sistema sanitario**. Por otro lado, la expansión de las comunicaciones y las Tecnologías de la Información, abren un futuro de nuevas expectativas en el sistema sanitario; y concretamente la Telemedicina y los servicios de Teleasistencia o Teleconsulta, cobran un protagonismo fundamental en este escenario.

Los sistemas de Teleconsulta persiguen incrementar la satisfacción del usuario y la capacidad de resolución de determinados procesos. Además buscan reducir al mínimo los desplazamientos innecesarios de pacientes a centros de salud y hospitales, y fomentar la cultura de atención continuada.

El motivo principal que me ha empujado a realizar esta Tesis Doctoral ha sido el conjunto de dificultades y situaciones complejas que he observado y he tenido que investigar durante seis años, en el contexto de mis responsabilidades como Director Médico en el Servicio Regional de Urgencias y Emergencias de Castilla-La Mancha, en referencia a esta modalidad de relación-médico paciente *-la consulta médica telefónica-* o Teleconsulta Médica, cada vez más extendida en el contexto anteriormente expuesto. La fuente de información más accesible sobre Consulta Médica Telefónica está en los Centros Coordinadores de Urgencias, a los que se puede acceder a través de un número de tres

¹ II Documento marco del Grupo de Trabajo para la Racionalización y la Financiación del Gasto Sanitario en Cataluña. Barcelona 2010

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

cifras, las 24 horas del día. En estos centros se recibe la llamada, dando una respuesta al usuario que dependerá de la prioridad y las necesidades detectadas, y si fuera necesario, activando los recursos necesarios para cada situación. En los Centros Coordinadores de Urgencias, la Consulta Médica Telefónica por sí sola, supone una parte importante de la actividad (aproximadamente un 10%), aunque no se ha estudiado su influencia de forma sistemática, y en cierta medida es difícil cuantificar los efectos beneficiosos en la asistencia a través de la información sobre consultas telefónicas esporádicas.

Esta modalidad asistencial, que unas veces es complementaria a la asistencia interpersonal (*consultas telefónicas de seguimiento*), y a veces es en sí misma resolutive en cuanto al proceso de toma de decisiones sobre el paciente, entraña un riesgo de error diagnóstico y por tanto de abordaje terapéutico, que merece ser contextualizado en el entorno ético y médico-legal, con perspectivas de mejora, y de poner en valor este tipo de atención sanitaria en un **marco adecuado de seguridad para el paciente y para el propio profesional que la practica** (ya sea con carácter esporádico o de forma habitual).

INTRODUCCIÓN

1. Introducción

1.1. El Acto Médico y la Telemedicina

1.1.1. Definiciones de Acto Médico

Conforme con lo declarado por el Comité de Expertos en problemas legales del Consejo de Europa, la expresión “*acto médico*” comprende todo tipo de **«tratamiento, intervención o examen con fines diagnósticos, profilácticos, terapéuticos o de rehabilitación llevados a cabo por un médico o bajo su responsabilidad»**; es una amplia descripción que comprende cualquier acción practicada en el marco de la relación médico-enfermo.

A pesar de su larga existencia, el concepto de Acto Médico, acorde con las variaciones de su entorno temporal, cultural y social, se encuentra aún en proceso evolutivo. El acelerado avance científico y tecnológico de la medicina moderna y las nuevas características de su práctica lo influyen desde diferentes ángulos. **El Acto Médico requiere** que el médico disponga de **libertad de acción y del conocimiento suficiente, así como del tiempo necesario** para su ejecución.

En base a lo anterior, podemos hacer la siguiente aproximación a la definición de Acto Médico:

1. "Constituye Acto Médico una actividad de evaluación diagnóstica, pronóstica, o de prescripción / ejecución de medidas terapéuticas relativa a la salud de las personas, grupos o comunidades, ejercida por un médico, con libertad de decisión, y con el consentimiento del sujeto o de la población.
2. Constituyen también actos médicos, los exámenes de pericia legal y sus respectivos dictámenes así como los actos de certificación del estado de salud, de enfermedad o de defunción de una persona".²

1.1.2. Nuevas Formas de ejercicio de la medicina: La Telemedicina

Entre las primeras aportaciones sobre Telemedicina figuran los trabajos de investigación y desarrollo realizados por la National Aeronautics and Space Administration (**NASA**). En este sentido los científicos de la NASA desarrollaron, **en la década de 1.960**, un sistema de asistencia médica que incluía el diagnóstico y tratamiento de urgencias médicas durante las misiones espaciales.

En España, para acercar la asistencia sanitaria a los trabajadores del mar, el **Instituto Social de la Marina (ISM)** dispone del **Centro Radio Médico** inaugurado en 1.979, y atendido permanentemente por personal médico durante 24 horas y 365 días, así como de 2 **buques sanitarios** y de apoyo logístico: el “Esperanza del Mar” y el “Juan de la Cosa”. En el plano militar, hace 12 años se inauguró en el **Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”**, el primer servicio de Telemedicina militar español para los soldados destacados en Bosnia-Herzegovina; y desde 2007, está conectado a la red del ISM.

Actualmente existen múltiples definiciones de Telemedicina, pero todas hacen referencia a las *técnicas y tecnologías que permiten practicar medicina a distancia*. La Telemedicina no es un concepto nuevo, y probablemente se ha practicado desde la invención del teléfono; no obstante, la introducción de nuevas tecnologías en la asistencia sanitaria y el avance de las telecomunicaciones han impulsado su repercusión en los Sistemas de Salud.

En las últimas décadas, el rápido desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, ha abierto innumerables posibilidades en el intercambio de la información en materia de salud; y comienza a hacer posibles nuevas formas de asistencia realizadas a distancia entre el profesional sanitario y el paciente.

La *Organización Mundial de la Salud (OMS) -Ginebra 1997-*, considera la Telemedicina como *“el suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las tecnologías de la información y de la comunicación con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tra-*

² Perales Cabrera A. El Acto Médico: Criterios, definición y límites. Revista electrónica DIAGNÓSTICO. Vol. 40(1).2001. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2001/enefeb01/46-52.html#1>

tamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención a la salud”.

En el Marco de la Telemedicina en el INSALUD -1998-, se refieren a la Telemedicina como «La utilización de las tecnologías de la información y de las comunicaciones como un medio de proveer servicios médicos, independientemente de la localización tanto de los que ofrecen el servicio, como de los pacientes que lo reciben, y la información necesaria para la actividad asistencial»

La **Asociación Médica Mundial** considera que la *«telemedicina es la práctica de la medicina a distancia gracias a la cual las intervenciones, el diagnóstico, las recomendaciones y las decisiones terapéuticas se fundamentan en los datos clínicos, documentos y otras informaciones transmitidas por los sistemas de comunicación».*

1.1.3. Telemedicina: tipos y aplicaciones en los procesos sanitarios

Según lo comentado anteriormente, definimos diferentes conceptos en Telemedicina en función del tipo de escenario:

Teleasistencia: interacción entre un médico y un paciente situado a distancia, normalmente aislado geográficamente y en situación de urgencia médica. Puede incluir o no Servicios de Tealarma³.

Televigilancia: seguimiento de enfermos crónicos o sujetos a algún tipo de intervención médica, desde su domicilio, mediante la recogida por vía telemática de informaciones médicas (tensión arterial, electrocardiograma, etc.). Esta forma de telemedicina se utiliza frecuentemente con pacientes que padecen enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión.

³ En España existen varias organizaciones públicas y privadas que suministran servicios de telealarma y teleatención, siendo la Cruz Roja el principal proveedor. Dentro de este servicio las viviendas están dotadas de una alarma portátil y un aparato telefónico especial conectado a una línea ordinaria, que permite la identificación de la emergencia por el centro de teleatención.

Teleconsulta entre médicos (Interconsulta): Se trata de la interacción entre dos médicos, uno encargado del paciente, y otro especialista o experto en un campo determinado que coopera telefónicamente u “online” con el médico responsable del paciente (telerradiología, telepatología, telecardiología, telelaboratorio).

Teleconsulta entre paciente y médico (Telefónica o Web): El paciente busca directamente la opinión de un médico con el que no ha tenido una relación previa, y que no le ha realizado un examen clínico. Puede incluir Teleasistencia o no.

Telepresencia: que supone la asistencia de un profesional sanitario remoto a un paciente, como en el caso de telediagnóstico mediante sistemas de videoconferencia en tiempo real.

Telemonitorización: que hace referencia a vigilancia remota de parámetros fisiológicos y biométricos de un paciente.

Telecirugía: que hace uso de la telerrobótica, la visión artificial y la realidad virtual.

1.2. La Consulta Médica Telefónica como forma básica de Telemedicina:

Definiciones de “*Consulta*” según la RAE (Real Academia de la Lengua Española):

1. Acción y efecto de consultar.
2. Parecer o dictamen que **por escrito o de palabra** se pide o se da acerca de algo.
3. Conferencia **entre profesionales** para resolver algo.
4. Acción de **atender el médico a sus pacientes en un espacio de tiempo** determinado.

La Consulta Médica Telefónica (en adelante CMT) es una acción de comunicación con fines diagnósticos (Teleconsulta), o con orientación terapéutica (Teleasistencia), realizada a través de un medio telefónico, directamente entre el médico y el paciente (**Consulta**), o entre dos médicos a propósito de un paciente (**Interconsulta**).

Podemos clasificar las CMT según diferentes aspectos:

Según interlocutores:

1. médico con médico (Interconsulta: médico busca segunda opinión para el manejo del paciente o la idoneidad del medio de transporte sanitario p.ej.)
2. médico con paciente (Teleconsulta Médica propiamente dicha)
3. médico con un tercero (familiar, otro profesional sanitario no médico, institución - p.ej. residencia de ancianos -, etc.)

Según el objetivo de la consulta:

1. Consultas de Urgencias⁴
2. Consultas no Urgentes (dudas sobre procesos asistenciales conocidos, información sobre manejo de fármacos en situaciones concretas, etc.)
3. Consultas de Seguimiento (llamadas a pacientes intervenidos quirúrgicamente, pacientes crónicos desde Atención Primaria, etc.)
4. Consultas Complementarias (complementan a otros actos médicos presenciales: dudas sobre fármacos prescritos, necesidad de información sobre evolución no esperada de un tratamiento, etc.)

1.3. Toma de Decisiones Sanitarias: factores determinantes en la Teleconsulta Médica⁵

El método para procurar una respuesta eficiente en una Consulta Médica Telefónica consiste en **categorizar la demanda del paciente** y aplicar **procedimientos** que traten de **amortiguar la variabilidad** de las decisiones médicas telefónicas. Existen diferentes fases fácilmente identificables en el acto de la Consulta Médica Telefónica:

- INFORMACION DISPONIBLE

⁴ Consultas de Urgencias: petición de asistencia sanitaria a través de los Centros Coordinadores de Urgencias, a los que se puede acceder a través de un número de tres cifras. En estos centros se recibe la llamada, dando una respuesta al usuario que dependerá de la prioridad y las necesidades detectadas -la más adecuada a la situación planteada- y activándose los recursos necesarios dependiendo del caso. También se realiza este tipo de *Consultas* directamente a los Centros de Salud de referencia de forma habitual.

- INFORMACION NECESARIA
- DEFINICION DEL PROBLEMA
- TOMA DE DECISIONES
- SOLUCION DEL PROBLEMA

INFORMACIÓN DISPONIBLE: Es la **información inicial** que aporta el paciente y no siempre coincide con la necesaria para definir el problema y tomar la decisión más adecuada. Depende fundamentalmente del tipo de situación y del tipo de alertante (persona que llama). La implicación afectiva de este llamante con la situación, el concepto errático de Urgencia Sentida y el grado de conocimiento sobre la necesidad de una información suficiente, pueden ser dirigidos por medio de la *escucha activa*. (**Anexo 10.1**)

INFORMACIÓN NECESARIA: Es la **información deseable** que permite identificar la necesidad real, y que debe orientarse en primer término a descartar que no estemos ante una demanda de asistencia, y **constatar que tan sólo es una consulta médica**.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA: Consiste en categorizar el problema y encajarlo en las situaciones contempladas en los procedimientos para que todas las posibles respuestas sean accesibles al decisor, y éste pueda adaptarlas al paciente.

TOMA DE DECISIONES: La determinación de la respuesta dependerá de muchos factores. El médico consultor toma una decisión particular desde una perspectiva muy general; para ello define el problema, explora alternativas y valora las consecuencias globales de sus decisiones sobre el paciente.⁶ **Es necesario trabajar, en el ámbito de la Teleconsulta, sobre una información lo suficientemente fiable para que aleje la toma de decisiones, en la medida de lo posible, de lo puramente intuitivo.**

SOLUCIÓN DEL PROBLEMA: La adecuación de la respuesta resolverá la situación planteada por el paciente con o sin decisión sobre recursos sanitarios (consejo médico, derivación a algún nivel asistencial, atención domiciliaria, etc.)⁷

⁵ Sánchez Losada JA. Toma de Decisiones en Urgencias Sanitarias. Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes 2001; 2: 197-201

⁶ Heller, R. La toma de decisiones. Ed. Grijalbo. Madrid 1998

Existen diferentes **formas de decidir**, que suponen la oportunidad de dar la solución más adecuada, y a la vez el riesgo de dar respuestas alejadas de las necesidades reales:

1. **Por experiencia;** pero siempre teniendo en cuenta la variabilidad de las situaciones y pacientes, para no simplificar las decisiones del presente.
2. **Por intuición;** método errático basado en cierto modo en la experiencia, y que no debería ser aplicado en Medicina por razones éticas y profesionales.
3. **Por rutina;** método que tampoco debe aplicarse nunca, ya que no permite adecuar las resoluciones a las características de cada problema. Es más un riesgo que un método.
4. **Por presión emotiva;** que puede implicar perder la perspectiva global sobre el conjunto de los pacientes a propósito de un caso. Depende en gran medida de la capacidad de liderar la conversación telefónica.
5. **Por presión social;** condiciona respuestas diferentes según contextos determinados.
6. **Por comodidad;** confirmando la respuesta solicitada aunque no sea la más adecuada, para así evitar conflictos con pacientes. Su uso puede ser fruto de la saturación de los servicios sanitarios y el cada vez mayor grado de exigencia de los usuarios. Este método tiene un alto coste de oportunidad.
7. **Por consenso, estudio del problema y protocolización de respuestas;** teniendo en cuenta la opinión de expertos o el fruto de grupos de trabajo específicos, se preparan procedimientos con soluciones alternativas. Este método sólo es posible para situaciones muy concretas y no suele responder a la variabilidad de situaciones; además, en el contexto de la CMT, podría dar respuesta a aquellas situaciones que destacan por su frecuencia o relevancia.

1.4. Consideraciones Éticas en la Consulta Médica Telefónica^{8,9,10}

⁷ Gómez Rubí JA. La influencia de la escasez de recursos en la limitación del esfuerzo terapéutico. En: *Ética y costes de la Medicina Intensiva*. Barcelona 1996; 97-103

⁸ Borrella F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A y Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 262-273

⁹ Laín Entralgo P. *La relación médico-enfermo: Historia y teoría* (2 ed.). Alianza. Madrid 1983

¹⁰ *Telemedicina y Protección de Datos Sanitarios*. Sánchez-Caro J, Abellán F. Granada 2002

Para Francisco del Pozo Guerrero y Enrique J. Gómez Aguilera (Grupo Bioingeniería y Telemedicina. Universidad Politécnica de Madrid), el futuro nos depara una *cibercultura de la medicina*, que dará lugar a un escenario telemédico que permitirá construir entornos virtuales de colaboración, compartición y acceso a la información desconocidos hasta el momento, y que cambiarán los modos de cooperación, trabajo y comunicación de los profesionales y de los pacientes.¹¹

El profesor Gonzalo Herranz afirma que la idea básica que subyace, es que la telemedicina es un modo más de ejercer la medicina que se justifica tanto por su capacidad de hacer llegar a ciertos pacientes (inaccesibles de otro modo) la asistencia del médico, como por poder mejorar la calidad de la atención médica.¹²

En general, los aspectos éticos en Telemedicina son coincidentes con el ejercicio de la medicina convencional. El primer principio importante que aflora a la hora de reflexionar sobre la relación médico-paciente en telemedicina es, si la utilización de la telemedicina debe ser excepcional y circunscribirse nada más que a los casos en los que el médico no pueda estar presente físicamente, dentro de un retraso aceptable y en las condiciones de seguridad requeridas. Esta es la toma de posición de la Asociación Médica Mundial sobre las responsabilidades y las directrices éticas ligadas a la práctica de la Telemedicina.¹³

Para la Asociación Médica Mundial lo más aconsejable sería que el paciente no accediera directamente a una consulta por telemedicina salvo que se dieran las siguientes condiciones:

- Que el médico y el paciente dispongan de elementos de identificación recíproca fiables¹⁴
- Que exista una previa relación profesional médico-paciente.¹⁵

¹¹ FRANCISCO DEL POZO GUERRERO y ENRIQUE J. GÓMEZ AGUILERA *Telemedicina: una visión del pasado y del futuro*, Rev. *Todo Hospital* (Monográfico Telemedicina), julio-agosto 2001: 444-445

¹² GONZALO HERRANZ RODRÍGUEZ. *Aspectos Éticos de la Telemedicina*, en el VII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Madrid, Octubre de 2000. Ed. Fundación Mapfre Medicina 2001

¹³ 51 Asamblea general de la AMM, Tel Aviv (Israel), octubre 1999. Traducción de esta declaración en *Actualidad del Derecho Sanitario*, núm. 62, junio 2000: 481-484

¹⁴ *Principios Éticos de la Telemedicina*. Comité Permanente de Médicos Europeos. Markku Aarimaa, 28 de noviembre de 1996. Punto 8 del documento de la AMM.

- Que el médico tenga un conocimiento suficiente del problema en cuestión, de modo que pueda ejercer un juicio clínico apropiado y justificable. Queda al margen, lógicamente, el escenario de urgencia, donde el médico tiene que basar su juicio en informaciones incompletas, debiendo estar en estos casos constituido el factor determinante de su opinión o tratamiento médico por la propia naturaleza de la urgencia.¹⁶

La doctora Petra Wilson (Visiting Scientist European Commission. D.G. XIII), considera conveniente la elaboración de un *código infoético* propio para la práctica de la telemedicina. La *infoética* es un término construido a semejanza del de *bioética*, pero con las palabras información y ética (su utilización en Europa data de 1997). Para dicha autora la “*infoética*” contempla los principios éticos que se invocan para sustentar la investigación, desarrollo e implementación de la información tratada tecnológicamente, dentro de la denominada Sociedad de la Información.

Telemedicina como herramienta complementaria

Para Herranz, desde el punto de vista deontológico, no es posible una relación médico-paciente conforme a la ética si se apoya exclusivamente en recursos telemédicos. Para dicho autor, estos últimos constituyen un suplemento, no un sustituto, del necesario encuentro directo, cara a cara, entre médico y paciente. La ética profesional exige que, en algún momento de la relación profesional entre médico y paciente -cuanto antes mejor- se establezca un contacto inmediato y personal, que permita realizar la historia clínica y la correspondiente exploración física.¹⁷

¹⁵ *Relación médico/paciente* del documento del Comité Permanente, donde se dice que «Es preferible que todos los pacientes consulten al médico cara a cara, y que la telemedicina se limite a situaciones en las que el médico no pueda estar físicamente presente en un plazo de tiempo razonable». En igual sentido en el citado apartado *Relación médico/paciente* del documento del Comité Permanente, se considera esencial que el médico y el paciente se puedan identificar mutuamente con toda seguridad cuando tenga lugar la consulta telemédica. En el mismo apartado que se acaba de citar se manifiesta que «Normalmente una consulta telemédica directa sólo debería tener lugar si el médico tiene una relación profesional con el paciente o tiene conocimiento suficiente del problema en cuestión, de manera que el médico pueda emitir un juicio clínico conveniente y justificado»

¹⁶ *Calidad, seguridad y protección en telemedicina* del documento del Comité Permanente; se manifiesta que «el médico debe asegurarse, cuando realiza intervenciones médicas a distancia, de la presencia de un personal suficiente y convenientemente formado que atienda al enfermo y le preste asistencia permanente»

Olga Ferrer-Roca, si bien reconoce que la práctica médica sin examen clínico directo del paciente es contraria a la ética médica, considera que hay dos claras excepciones a la citada regla:

- Especialistas médicos que diagnostican y practican la medicina sin un contacto directo con el paciente, por ejemplo: anatomopatólogos o especialistas de laboratorio).
- Áreas aisladas, insulares o rurales, con dificultades de acceso a algunas especialidades médicas.

Telemedicina basada en la evidencia

Los partidarios de la citada medicina basada en la evidencia fundamentan la virtud de la misma en las ventajas de la estadística frente a la apreciación personal o subjetiva del facultativo, es decir, en el análisis numérico de casos similares ocurridos con anterioridad y en la comprobación de sus resultados. De esta forma, según la corriente mencionada, el diagnóstico médico deja de ser fruto del riesgo individual, de la capacidad o de la formación del médico o del personal sanitario, y se convierte en la comprobación automatizada, accediendo por medios informáticos a una base de datos, de multitud de diagnósticos, petición de pruebas y prescripción de tratamientos previos de otros pacientes anteriores que presentaban síntomas similares.¹⁸

Telemedicina protocolizada

Siguiendo a Del Pozo Guerrero y a Gómez Aguilera, a medida que la medicina continúe su evolución usando las nuevas tecnologías emergentes, parece imperativo que los protocolos clínicos actuales cambien hacia nuevos protocolos telemédicos basados, tanto en los nuevos procedimientos tecnológicos, como en la práctica de la medicina *on-line* y en la oferta de servicios para el telecuidado de la salud.¹⁹

¹⁷ GONZALO HERRANZ RODRÍGUEZ. *Aspectos Éticos de la Telemedicina*, ob. cit. (pág. 36).

¹⁸ OLGA FERRER-ROCA (responsable de la Cátedra de Telemedicina de la UNESCO ubicada en la Universidad de la Laguna, Tenerife). *Telemedicina*. Ed. Panamericana. Mayo 2001: 179

¹⁹ FRANCISCO DEL POZO GUERRERO y ENRIQUE J. GÓMEZ AGUILERA. *Telemedicina: una visión del pasado y del futuro*, ob. cit. (pág. 450). Para los citados autores: «El uso generalizado de bases de datos que dispensen servicios de información médica en web cambiará la forma en la toma de decisiones para el cuidado de los pacientes.

La Telemedicina y los Profesionales Sanitarios

Opina Monteagudo Peña, que el primer factor de resistencia apreciado por los expertos para la implantación de los sistemas de telemedicina, es la falta de aceptación por los profesionales médicos de la introducción de cualquier innovación en sanidad. La “cultura médica” es conservadora y cauta, especialmente en lo que se refiere a tecnologías que, como la telemedicina, pueden alterar la relación médico-paciente.

Analizar esta práctica asistencial cobra especial interés en el momento actual, en el que se busca incrementar la calidad de atención de los Servicios de Salud especialmente potenciando la vía de los derechos de la persona. Esto nos plantea nuevos retos en el ejercicio de la profesión en entornos de relación médico-paciente complejos, como es el de la atención médica telefónica. Está en cuestión la forma de sostener nuestro paradigma de beneficencia, y cada vez más se tiende al desarrollo del paradigma de la autonomía. Preservar y potenciar la autonomía del paciente es aún muy difícil para la mayoría de los profesionales que trabajan cara a cara con el paciente, por lo que el contexto telefónico puede complicar aún más el proceso de toma de decisiones en el modelo deliberativo que exige el momento actual.

El modelo de relación médico-paciente paternalista²⁰ es probablemente el que predomina en la actualidad en la consulta médica telefónica, al tratarse de una solicitud de asistencia en un contexto, frecuentemente, de urgencia sentida, con información relativa a síntomas, y con interpretación a distancia de signos (contando con el factor subjetivo del paciente), lo que da pie a dejar el peso de la decisión en el profesional, quien con poca información fiable debe decidir sobre un paciente a través de sus palabras, habitualmente en un contexto de escasez de tiempo. Este modelo se ha interpretado a veces como promoción o justificación de cierta pasividad del profesional ante la realidad del paciente, y se ha subrayado el deber ético de influir en el paciente, e incluso la preferencia de la población por médicos que proponen de manera activa un plan terapéutico. No obstante, algunos pacientes pueden requerir una acción muy directa por parte del profesional, en tanto que otros pedirán una deliberación más técnica sobre las necesidades planteadas telefónicamente.²¹

²⁰Wulff HR. The inherent paternalism in clinical practice. J Med Philos 1995; 21: 269-275.

²¹ Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989

La relación médico-paciente es una relación compleja en la que, ante una situación de enfermedad y vulnerabilidad, se barajan elementos técnicos e informativos de la ciencia médica junto con elementos de valores para tomar decisiones ante una determinada situación. En el contexto de la **Consulta Médica Telefónica**, la relación es aún más compleja; aquí no sólo el paciente es vulnerable, sino que también lo es el médico, sujeto a la incertidumbre que implica la ausencia de **comunicación no verbal** que se realiza a través de multitud de signos de gran variedad: imágenes sensoriales (visuales, auditivas, olfativas), sonidos, gestos, movimientos, corporales, etc., y que en muchas ocasiones actúa como reguladora del proceso de comunicación, contribuyendo a ampliar o reducir el significado del mensaje.

Esta vulnerabilidad supone un factor de riesgo, ya que a veces genera **actitudes defensivas y cierran al médico a una escucha reflexiva**. Por eso el profesional sanitario debe estar alerta para confrontar el estilo de relación con el que se siente más cómodo hacia las expectativas del paciente, de cara a encontrar un terreno común útil para tomar decisiones a distancia.²²

Especialmente en este contexto, los profesionales deben **combatir la tendencia a tratar a todos los pacientes de la misma manera**, es decir con el mismo registro de comunicación. En el diálogo telefónico con el paciente, se construye la realidad de éste y de su proceso. Finalmente, se debe aconsejar e influir, en el marco de un diálogo transparente y no manipulador. Todo ello requiere gran dosis de creatividad y atención. Es necesario considerar el **máximo beneficio para el paciente** por encima de valores apriorísticos, sin olvidar que hay un paciente concreto, con unas necesidades concretas, al otro lado del teléfono.²³

De manera general se puede decir que hay situaciones en las que el médico llega a experimentar sentimientos de frustración e irritación hacia determinados pacientes, que

²² Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999. (Traducción de Principles of biomedical Ethics [4.a ed.]. Nueva York: Oxford University Press, 1994)

²³ Ruiz Moral R., Rodríguez J. J. y Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. Atención Primaria 2003; 32 (10): 594-602.

pueden inhabilitarle para una escucha semiológica, atenta y empática. **Un paciente al que hemos dado confianza y que sencillamente se aprovecha de ella para forzar una respuesta concreta, puede activarnos una fuerte agresividad que nos conduzca a minusvalorar la necesidad real de nuestro paciente telefónico.**

Esto nos lleva a la gran dificultad del proceso de toma de decisiones en la consulta médica telefónica, en la que el médico, además de las cualidades inherentes a su profesión debe hacer uso de sus **habilidades sociales** en el proceso de la comunicación verbal, entendidas como aquellas conductas aprendidas, que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para conseguir sus objetivos, que en este caso son: identificar e interpretar necesidades en base a la información recibida vía telefónica a través de una **escucha activa**. Esta dificultad y todo lo comentado anteriormente plantea sin duda otro dilema: ¿cualquier médico puede atender una consulta médica telefónica de forma adecuada?; la respuesta en base a todo lo anteriormente expuesto sería “**no**”; se necesitan unos elementos de comunicación y habilidades sociales que permitan al médico interactuar con el paciente telefónico bajo los principios básicos de la Bioética.²⁴

1.5. Aspectos Médico-Legales en la Consulta Médica Telefónica

1.5.1. Normas Vigentes

Se referencian a continuación contenidos de normas legales y deontológicas relacionadas con este ámbito asistencial, que pueden ayudarnos a situar la CMT en el entorno medicolegal:

- **Constitución Española 1.978. Artículo 43 sobre Protección a la salud:** “Se reconoce el derecho a la protección de la salud”.
- El artículo 63 de la **Ley General de Sanidad** obliga a hacer “una **medicina eficiente**”; también habla de: condiciones de **igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia.**

²⁴ Stanberry B. Legal and Ethical aspects of Telemedicine. Telemedicine and malpractice. Journal of Telemedicine and Telecare. 1998; 4: 2.

- El artículo 5.1 del **Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial**, compromete al médico a “procurar la mayor eficacia de su trabajo y un rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición”.
 - **Real decreto 1030/2006. El catálogo de prestaciones mediante la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud incluye el consejo médico:** atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial, asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria.
 - **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”.
 - “**Centro sanitario**: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza **actividades y presta servicios para cuidar la salud** de los pacientes y usuarios”.
 - “**Consentimiento informado**: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.
 - “**Paciente**: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”.
 - “**El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él**, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”.
 - “La historia clínica comprende **el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente**, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, al objeto
-

de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos en el ámbito de cada centro”.

- **Ley 45/2007, de 13 diciembre. De desarrollo sostenible del medio rural.** Artículo 30. Sanidad: “Para facilitar el acceso de la población rural a unos servicios públicos sanitarios de calidad, el Programa podrá establecer medidas que persigan: la mejora de la sanidad, en particular de la Atención Primaria, singularmente en las zonas rurales prioritarias, que permita asegurar unos servicios sanitarios básicos de proximidad en cada zona rural; **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**”.
- **Ley 44/2003, de 21 de noviembre. De ordenación de las profesiones sanitarias.** “Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad. Los profesionales tienen el deber de hacer **un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo**, tomando en consideración, entre otros, los costes de sus decisiones, y **evitando la sobreutilización, la infrautilización y la inadecuada utilización de los mismos**.”

1.5.2. Riesgos Médico-Legales

El problema médico-legal más frecuente que se presenta en Telemedicina es la salvaguarda del derecho a la intimidad del paciente así como la confidencialidad y responsabilidad legal del acto médico. Para evitar la violación del derecho a la intimidad es preciso trabajar con protocolos muy específicos, que controlen el acceso a la información. Aunque hay normas y acuerdos para salvaguardar la confidencialidad de los pacientes y proteger los datos, aún existen serias dudas sobre la seguridad de la información, al ser transmitida por la red o almacenada en servidores.

Los problemas asistenciales que pueden darse con ciertas aplicaciones de telemedicina son, en gran medida, los derivados de la **mala transmisión y pérdida de información relevante** para el diagnóstico. La mayoría de los errores resultan de problemas creados por la **complejidad del sistema** de cuidado médico de hoy en día. Pero también ocurren

errores cuando los pacientes y sus médicos, o los profesionales entre sí, tienen **problemas de comunicación**.²⁵

La Atención “a distancia” del paciente puede presentar concretamente, Riesgos legales y de Seguridad derivados de:

- Estado del paciente, observado desde **un punto de vista muy subjetivo**, por conversación con el propio paciente o incluso a través de un tercero.
- Las dificultades que entraña la **ausencia de comunicación no verbal** para matizar la información.
- El **alto nivel de incertidumbre** para el médico que no ve al paciente.
- **La información y la historia clínica no estructurada y escrita** en gran parte de los casos.
- La frecuencia del **consejo sobre medicamentos**: indicación, pauta y administración.
- La **ausencia** en la mayoría de los casos **de un seguimiento posterior adecuado**.
- Las dificultades para una correcta **identificación de pacientes** y la información que éstos aportan.
- Las dificultades para asegurar las indicaciones de la **Ley de Protección de Datos** (datos de salud especialmente protegidos) derivadas del punto anterior.

1.5.3. Responsabilidad Médica en Telemedicina

En base a lo anterior, el problema fundamental de esta práctica derivaría de la potencial falta de fiabilidad, confidencialidad y seguridad de las informaciones, así como de la ausencia de garantías respecto a la identidad y cualificación del médico para esta práctica concreta, como consecuencia de la falta de intermediación física entre este último y el paciente.

Fuentes de responsabilidad por acción u omisión:

²⁵ Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Revisión. F. González-Hermoso. http://mail.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2001/Junio2.pdf

- El médico que, teniendo a su alcance medios telemáticos necesarios y adecuados para el tratamiento de un paciente, no los empleara a su debido tiempo perjudicando con ello a este último.
- Igualmente, el empleo defectuoso de las técnicas propias de la telemedicina puede originar responsabilidad por el acto médico, ya sea por falta de capacidad del médico, o bien por un uso inadecuado de las mismas.^{26, 27}

Se parte del principio de que el médico debe ser totalmente independiente y libre para elegir o rechazar la telemedicina en el contexto del mapa de recursos a su disposición.

Los requisitos mínimos para practicar la telemedicina son:

- El mejor interés del paciente. Es decir, el uso de la telemedicina se legitima por el beneficio al paciente, pero nunca por la mayor comodidad del médico o del sistema.
- Que se haya obtenido el consentimiento del paciente, previa identificación del mismo y que, con el fin de evitar los riesgos de fuga de información inherentes a las comunicaciones a distancia, se haya asegurado que fueron adoptadas las normas de seguridad para garantizar la confidencialidad del paciente.²⁸
- Que se incorporen en la historia clínica de los pacientes todos los aspectos concernientes a cada caso, adecuadamente documentados.²⁹

²⁶ PETRA WILSON. *An overview of legal issues in European Telemedicine*. Ob. cit., pág. 9. La citada autora considera que los problemas de daños a los pacientes por el uso de la telemedicina podrán ser tratados al amparo de la normativa europea sobre productos defectuosos (Directiva del Consejo 85/374/EEC) y sobre aparatos médicos (Directiva del Consejo 93/42/EEC).

²⁷ FERRER-ROCA, J.A. ABREU REYES, R. ABREU GONZÁLEZ, M. SUAREZ DELGADO, E. SOLA-RECHE. CATAI (Centro de Alta Tecnología en Análisis de la Imagen), Tenerife. En *Capacitación médica en la sociedad de la información. Preparando la legislación para una revolución asistencial*. Rev. Clín. Esp. 2001 (201: 315-321), estiman necesario apostar, además de por una activa formación de los médicos y sanitarios en general, porque se produzca una guía colegial en la adecuación y elaboración de códigos de conducta para la sociedad de la información. En tanto estos aspectos no queden suficientemente regulados y aclarados es responsabilidad del médico saber cuál es su límite de actuación, ya que, como recoge el Código Deontológico, el médico está obligado solamente a utilizar prácticas validadas.

²⁸ Punto 17 declaración de la AMM. *Ética médica, consentimiento del paciente y secreto médico*, del documento del Comité Permanente donde se dice que “Las normas habituales en materia de confidencialidad y seguridad se aplican también a los documentos que se utilizan en telemedicina. Sólo pueden utilizarse los métodos de archivo y transmisión cuando se garantice el secreto y la seguridad”.

Sin duda, uno de los problemas a los que se enfrenta este modo de entender el ejercicio de la medicina es el hecho conocido y admitido por todos de que **la medicina no es una ciencia exacta, y además al proyectarse sobre el ser humano, organismo vivo que responde de manera distinta a los mismos estímulos, los resultados no siempre son idénticos**³⁰; y que por ello la objetivación del diagnóstico médico **por medios no presenciales** no garantiza el acierto, ya que corre el riesgo de obviar algunos aspectos que pueden resultar esenciales, y que quizás sólo pueda ofrecer la experiencia personal y continuada del médico con el paciente.

Teóricamente, una generalización de las técnicas telemédicas, en este escenario de incertidumbre, se traduciría en un potencial incremento en la judicialización de los actos sanitarios. Si observamos la tendencia ya observada en la asistencia sanitaria presencial, encontraríamos como causas fundamentales:

- Aumento de la actividad asistencial en su conjunto
- El progreso de la Medicina, exaltado con carácter triunfalista por los medios de comunicación.
- Complejidad de la burocracia asistencial.
- Actos Médicos también cada vez más complejos.
- Alto grado de especialización que suele descuidar aspectos generales de la atención a pacientes.
- Cambio sustancial en la relación médico-paciente (más cooperativo).
- Confusión del “Derecho a la Protección de la Salud” con el “Derecho a la Salud”.
- Intereses económicos vía indemnizaciones.

1.5.4. Jurisprudencia y Experiencia

²⁹ Punto 23 del texto de la AMM y apartado *Historial del paciente* del documento del Comité Permanente, donde se dice que “*Todos los médicos que practican la telemedicina deben llevar un historial completo del paciente. También debe consignarse la manera de identificar al paciente, así como la cantidad y la calidad de los datos y del resto de la información que se recibe. Las conclusiones, las recomendaciones y los servicios de telemedicina que se efectúen deberán estar convenientemente documentados*”.

³⁰ Audiencia Provincial de Asturias (Sección 4ª). Sentencia núm. 429/2005 de 12 diciembre.

Ha habido pronunciamientos específicos sobre la atención médica no presencial

(Anexo 10.2):

Juzgado de Instancia citado con fecha 22 de diciembre de 2006. La sentencia, posteriormente apelada, aprecia que la actuación del ginecólogo demandado no se ajustó a la "lex artis" al realizar un diagnóstico erróneo a distancia, por teléfono y sin haber practicado todas las pruebas diagnósticas previas en atención a la sintomatología que presentaba la demandante. La apelación llega a **la Audiencia Provincial de Murcia (Sección 1ª)**; "la actividad de diagnosticar, como la efectiva de sanar, han de prestarse con la aportación profesional más completa y entrega decidida, **sin regateo de medios ni esfuerzos**, como dice la sentencia de 22 de mayo de 1995 (RJ 1995, 4089) que cita la de 16-2-1995 (RJ 1995, 844), dado que la importancia de la salud humana así lo requiere y también lo impone, por lo que se incurre en responsabilidad, tanto contractual del artículo 1101, como extracontractual del 1902", debiendo señalarse finalmente que la telemedicina a que se refiere la parte apelante, no supone que fuese ajustada a la lex artis ad hoc la intervención telefónica del apelante, diagnosticando y prescribiendo tratamiento a la actora en tal forma, sin asistirle directa y personalmente, ni prescribir pruebas complementarias, pues de conformidad con la documentación aportada por el apelante, la Teleasistencia tiene una significación diferente, incluye determinado tipo de servicios entre ellos la asistencia remota (Consulta/diagnóstica entre diferentes facultativos para elaboración de un diagnóstico común y monitorización/vigilancia), gestión de pacientes y administración, información sanitaria a la población y formación e información a distancia a profesionales, que en nada afecta al ámbito y circunstancias en que se produjeron los hechos.

Y ha habido expedientes disciplinarios a médicos, desde colegios profesionales, por el mal uso de la Teleconsulta (en el siguiente ejemplo a través de Internet y/o Teléfono):

Con una sanción de nueve meses de suspensión en el ejercicio, saldó el proceso disciplinario abierto en 2007 por el **General Medical Council (GMC)** contra el doctor Julian Eden, fundador de "e-med", un servicio de consulta médica a través de internet y teléfono. **En ninguno de los casos la prescripción fue precedida de una consulta presencial** o al menos una conversación con los pacientes; el médico tampoco contactó en ningún momento con el médico habitual de los pacientes. La Web afirmaba que "como es

natural, no todas las enfermedades pueden diagnosticarse a través del correo electrónico, pero sí muchas de ellas”. “Es posible diagnosticar un buen número de enfermedades a través de un historial adecuado de síntomas que usted puede enviarnos por e-mail”. **El servicio también incluía la posibilidad de consultas por teléfono y, en caso de duda, se podía concertar una consulta presencial.** Las recetas se enviaban por correo ordinario al paciente o, cuando era posible, directamente a la farmacia. **El GMC no se opone a la prescripción por internet, pero impone una serie de requisitos** para garantizar que se lleve a cabo con garantías, y solo en casos justificados. El abogado que actuó en nombre del GMC, destacó la “**ausencia de preguntas detalladas para hacer el diagnóstico,** la ausencia de toda consulta cara a cara, y la **ausencia de examen físico** a pacientes, quienes encontraron en este sistema un medio fácil para obtener los fármacos que deseaban, **sin necesidad de someterse a un examen físico y una consulta en rigor**”.³¹

³¹ Internet doctor put patients at risk, GMC is told. BMJ 2007; 334. News, 15 February 2007

HIPÓTESIS

2. Hipótesis:

La Hipótesis planteada en este trabajo es que **la Telemedicina**, y concretamente la Consulta Médica Telefónica, es una forma de Acto Médico que **puede permitirnos disminuir la utilización de recursos sanitarios, sin generar menor seguridad de los pacientes, ni mayores riesgos legales para los profesionales**, a pesar de ser un entorno de toma de decisiones sanitarias cuyos riesgos son poco conocidos por los propios profesionales que utilizan estas técnicas telemédicas.

OBJETIVOS

3. Objetivos

Objetivo General:

El Objetivo general es obtener información significativa que permita rechazar la Hipótesis Nula: que la Consulta Médica Telefónica implica una práctica de riesgo legal e inseguridad significativos.

Objetivos Específicos:

1. Contextualizar la consulta médica en el marco del “*Acto Médico*” y conocer su impacto y utilidad en la práctica asistencial diaria.
2. Valorar el grado de dificultad que impone la distancia en la relación médico-paciente y la percepción de los profesionales sobre las bondades y riesgos de la consulta a distancia.
3. Comprobar la diferencia de respuesta en función de la calidad de la información.
4. Evaluar riesgos éticos, legales y de seguridad para los pacientes, inherentes a la Consulta Médica Telefónica.
5. Analizar si se trata de una práctica médica no estandarizada en su proceso, con un margen error importante que debe ser objeto de protocolización para minimizar las respuestas no adaptadas a las necesidades reales de los pacientes.

En consecuencia, las preguntas de esta Tesis Doctoral, a efectos de dar respuestas a estos objetivos, se concretan en:

1. ¿Es la Consulta Médica Telefónica una forma de Acto Médico?
2. ¿Es una práctica frecuente en la atención a pacientes?

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

3. ¿Son los Profesionales Sanitarios conscientes de las bondades y los riesgos de estas prácticas telemédicas?
4. ¿Puede permitirnos disminuir la utilización de recursos sanitarios?
5. ¿Es de suficiente calidad la información obtenida para permitir un “telediagnóstico” seguro o se dificulta en extremo la relación médico-paciente telefónica?
6. ¿Qué dilemas éticos se presentan ante el profesional “a distancia”?
7. ¿Hay más riesgo de efectos adversos sobre el paciente y riesgos legales para el profesional con la utilización de la Consulta Médica Telefónica?

MATERIAL Y MÉTODO

4. Material y Método

El trabajo comprende tres fases bien diferenciadas y complementarias, para dar respuestas a los objetivos planteados: **revisión de literatura médica y jurisprudencia (FASE 1)**, **análisis de consultas médicas (FASE 2)**, y una **encuesta a profesionales sanitarios (FASE 3)**.

4.1. FASE 1. Revisión Literatura Médica y Jurisprudencia

4.1.1 Material: Bases de Datos de Literatura Médica y Jurisprudencia

Las bases de datos consultadas han sido las de Medline y Aranzadi.

MEDLINE: Base de datos de bibliografía médica producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, con alrededor de 15 millones de artículos de aproximadamente 5.000 publicaciones seleccionadas de las áreas de biomedicina y salud: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>

ARANZADI: Bases de Datos Homologadas por el Consejo General del Poder Judicial con fondo documental de jurisprudencia y sistema de índices o tesoro: http://www.westlaw.es/index_spa.html?brand=spa

4.1.2 Metodología: Revisión de Literatura Médica y Sentencias

Para valorar la información existente acerca de la seguridad, eficacia y efectividad de la aplicación de la telemedicina, se ha realizado una revisión de la literatura y de las posibles sentencias relacionadas sobre las bases de datos consultadas de Medline y Aranzadi respectivamente.

Bases de datos consultada para literatura científica: Medline.

Criterios de inclusión

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

- Estudios que describan la aplicación de Teleconsulta o Telemedicina en general, siempre que se valore en ellos algunos de los objetivos del trabajo.
- Artículos que midan el efecto beneficioso o perjudicial de una intervención de telemedicina, que comprueben exactitud diagnóstica y que valoren el tratamiento.
- Estudios que comparen la aplicación de la Telemedicina frente a consultas sin uso de Telecomunicaciones.

Criterios de exclusión

- Artículos de opinión, editoriales.
- Estudios en los que sólo se describan las características técnicas de una aplicación de Telemedicina o Teleconsulta.
- Estudios en los que sólo se almacenen datos o imágenes, y no se haga uso de herramientas de comunicación.

Búsqueda de Referencias en Jurisprudencia: Aranzadi

CONSULTA REALIZADA: “consulta and medica and telefónica”

Buscar en los resultados: MEDICOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

4.2. FASE 2. Análisis de Consultas Médicas

4.2.1. Material: Bases de Datos sobre Consulta Médica en Centros de Urgencias

Las consultas médicas fueron reclutadas del registro de incidentes sanitarios del 1-1-2 de Castilla-La Mancha. Estos registros se encuentran en las bases de datos generadas en la aplicación de gestión integral de incidentes SITREM.

SITREM es una aplicación desarrollada por SIEMENS para Centros de Mando y Control de Emergencias. Está integrada con sistemas de comunicaciones (teléfonos fijos y móviles, radio), sistemas de localización y manejo cartográfico (GPS, GIS...), y cubre todas las fases de la operación: la recepción de la llamada en el centro, el despacho, el seguimiento hasta la resolución de las intervenciones, y la gestión integral de recursos y medios (ambulancias, helicópteros, hospitales, alarmas de Telesistencia,...), hasta que la

incidencia ha sido solucionada. Toda la información queda almacenada en servidores de información duplicados, en una base de datos que trabaja sobre ORACLE y con tablas estáticas y dinámicas accesibles para explotación de datos, formación e investigación (Figura 1)

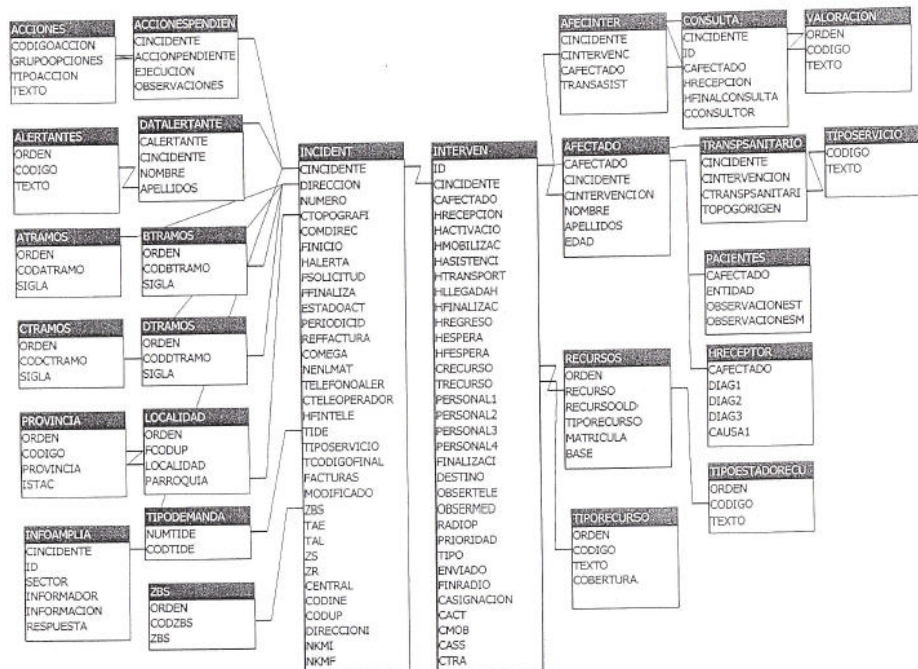


Figura 1. Estructura de la Información en 1-1-2

Descripción de tablas empleadas y consultas sobre ellas:

La tabla dinámica “**INCIDENT**” almacena los datos básicos del incidente que se abre en el 1-1-2 con cada llamada (**figura 2**). La segunda tabla dinámica utilizada es la “**INTERVEN**”; en esta tabla se van recogiendo todos los datos relacionados con el Incidente: Personas Afectadas, Recursos utilizados, Quién gestiona dicho incidente, etc. (**figura 3**)

CAMPOS TABLA INCIDENT	
CINCIDENTE	Nº Incidente
FINICIO	Fecha del Incidente
TIDE	Tipo de Demanda
DIRECCIÓN	Dirección
HALERTA	Hora de Alerta
ZBS	Zona Básica de Salud
TIPO_SERVICIO	Tipo de Servicio
CTOPOGRAFI	Código de la Provincia
TIPO_ALERTANTE	Alertante

Figura 2. Información del Incidente

CAMPOS TABLA INTERVEN	
CINCIDENTE	Nº Incidente
CRECURSO	Recurso Utilizado
TRECURSO	Tipo de Recurso
HACTIVACIO	Hora Activación del Recurso
HASISTENCI	Hora Asistencia
HFINALIZAC	Hora Finalización
FINALIZACI	Código de Finalización
CAFECTADO	Un código para cada Afectado en el Incidente
CASIGNACION	Código del Médico, Enfermero, ORS,...

Figura 3. Información de la Intervención

Otras tablas dinámicas utilizadas (con datos variables y específicos para cada afectado):

“**CODIGO OMEGA**”. Recoge información sobre el lugar donde se ha producido el incidente (Lugar público, Centro de Salud, Domicilio,...), Tipo de aviso (Patología Médica, Accidente de Tráfico, Laboral, Deportivo, Consulta Médica,...)

“**AFECTADO**”. La información almacenada en esta tabla nos da datos relativos a edad, sexo,... del paciente afectado.

También se han utilizado en la consulta, las **TABLAS ESTÁTICAS** de la Aplicación Informática SITREM (aquellas cuyos datos están preseleccionados y ofrecen diferentes opciones para escoger en cada incidente). **Figura 4.**

SECTOR	TIPOSERVICIO	TEXTO
S		Sanidad
P		Policia
B		Bomberos/rescate
C		Protección Civil
M		Multisectorial
	E	Emergencia
	D	Urgencia priorizable
	P	Programado
	Z	Servicio Preventivo
	I	Información
	C	Consulta (SMR)
	N	Llamada nula
	T	T.U.D.
	S	Transporte Secundario

Figura 4. Tablas Estáticas SITREM

Concretamente C-Consulta (SMR) es una consulta médica, de inicio “Sin Movilización de Recursos”.

4.2.2 Análisis de Datos de Consultas Médicas

El diseño del trabajo consiste en un estudio observacional retrospectivo en el período comprendido desde el 1 de Enero de 2006 al 31 de Diciembre de 2009.

Criterios de selección

Han sido incluidas consultas médicas de todas las edades, realizadas directamente por el paciente o a través de una tercera persona, en las que la persona que llama (alertante)

indica al operador del 1-1-2, que **no se trata de una urgencia y que solo quiere consultar con un médico**. Las consultas fueron clasificadas por la edad de los pacientes, el tipo de alertante, el horario en el que se realizaron y el tipo de respuesta que se aplicó. También se identifica el tipo de Consulta (*Consulta* propiamente dicha: entre médico y usuario, o *Interconsulta*: médico-médico).

El total de intervenciones sanitarias telefónicas en el 1-1-2 de Castilla-La Mancha durante el período considerado es de **642.430 incidentes**, de los que se han incluido en el estudio, por cumplir criterios de **consulta médica telefónica**: **60.211 incidentes, aunque sólo 59.268 se han considerado como válidos**, ya que el resto eran demandas asistenciales mal clasificadas (peticiones directas de recursos sanitarios por otros profesionales sanitarios principalmente).

Variables Recogidas

Las variables incluidas en el estudio han sido, unas con carácter meramente descriptivo: sexo, edad y franja horaria, y otras con posible carácter predictivo de riesgo legal y de seguridad: el tipo de alertante (persona que llama), la respuesta global emitida por el médico y la finalización del incidente. Los datos obtenidos en el registro han sido agrupados para su estudio y análisis.

Se determina la actividad de consulta médica por cada una de las variables edad, sexo, franja horaria, alertante telefónico, tipo de respuesta emitida y finalización de la consulta; todo ello con el fin de contestar las preguntas planteadas en el presente trabajo. Las variables consideradas y agrupadas se presentan en el **Anexo 10.3**.

Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 17.0. Cuando se trabajan con “**muestras**”, y hay incertidumbre sobre los resultados que se han obtenido, nos planteamos si lo que vemos en la muestra será lo mismo que lo que ocurre en la población total en el período considerado. Pero si ya disponemos de la **población total** en el período considerado, como ocurre con la **tabla de consultas** del presente trabajo, no es necesario hacer contrastes de hipótesis, porque no hay tal incertidumbre. De todas formas con $n=50.000$ el chi siempre saldría significativo. Nos limitamos por tanto a analizar directamente los resultados obtenidos y ponerlos en valor; y realizamos un árbol de

agregación para estudiar grupos homogéneos; para ello se ha utilizado la herramienta SPAD.N, 2005. "Système Portable pour l'Analyse des Données". Ver. 5.6 DECISIA, France.

4.3. FASE 3: Encuesta a Profesionales Sanitarios

4.3.1 La Opinión y Experiencias de los Profesionales Sanitarios

Para recoger la perspectiva del profesional, se ha realizado un estudio de ámbito autonómico entre los profesionales médicos y de enfermería del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

El **objetivo** general de este estudio de ámbito autonómico, ha sido conocer la opinión y experiencia de los profesionales médicos y de enfermería del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha sobre diversas cuestiones relacionadas con la consulta médica/sanitaria telefónica.

4.3.2. Encuesta a Profesionales Sanitarios sobre la Consulta Médica Telefónica.

Diseño y validación del Cuestionario

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, realizado entre los meses de Julio y Octubre de 2010. Es importante resaltar el carácter voluntario de la participación. El cuestionario (**Anexo 10.4**) diseñado para esta encuesta está constituido por 15 ítems, 5 de ellos destinados a categorizar el perfil del encuestado, y 10 preguntas sencillas orientadas a los objetivos planteados, en base a un modelo cerrado con cuatro alternativas de respuestas (**Anexo 10.5**). Se han estructurado las preguntas siguiendo criterios de utilización, seguridad y utilidad de esta herramienta de atención a pacientes. El cuestionario cerrado limita las respuestas posibles del interrogado, le empuja a que tome una posición, y forma su opinión sobre los aspectos importantes. A cada uno de los profesionales se le acompañó la encuesta con una carta de presentación del estudio (**Anexo 10.6**). Una vez redactadas las preguntas que constituyen el cuestionario, se eliminaron los posibles errores u omisiones, y se realizó una **prueba piloto**, que consistió en administrar el cuestionario a un conjunto

reducido de personas (25 profesionales) para calcular su duración, conocer sus dificultades y corregir sus defectos antes de aplicarlo.

Criterios de selección

Dada la metodología empleada a través de un correo masivo (con las autorizaciones pertinentes de la Dirección General de Atención Sanitaria y Secretaría General), se seleccionaron a priori las listas de correos del SESCAM correspondientes a todos los Profesionales Sanitarios Facultativos y No Facultativos. Esto permitió llegar al correo del 100% de los profesionales médicos (6.110) y de enfermería (7.564)³² incluidos en dichas listas: 13.674 profesionales.

Es importante destacar que no se ha realizado muestreo, que el uso de los profesionales del correo electrónico corporativo es muy limitado, y que las respuestas son -obviamente- voluntarias. Las respuestas son confidenciales tras extraer y renombrar el archivo “.XML” de los datos del correo electrónico de origen antes de su tratamiento y análisis.

La encuesta fue enviada en mi nombre desde los Servicios Centrales del SESCAM (Área de Tecnología y Sistemas de Información), el día 16 de Julio de 2010; dando por finalizada la recepción de encuestas el 15 de Octubre de 2010. Se estimó un amplio plazo de envío debido a la coincidencia de período vacacional y la baja frecuentación de uso del correo corporativo.

El cuestionario ha sido por tanto Autoadministrado y enviado por correo electrónico. El inconveniente de este sistema es que no hay retroalimentación inmediata; si los sujetos tienen alguna duda no se les puede aclarar en el momento, aunque se ha mantenido contacto a través de email con todo el encuestado que ha formulado alguna pregunta al respecto de contenidos, cumplimentación o envío.

Variables Recogidas

- De filiación (sexo, edad, categoría profesional)
- Identificación de los diferentes escenarios de trabajo
- Frecuencia de Consultas Médicas No Presenciales en los diferentes ámbitos
- Problemas o Conflictos derivados de las mismas

³² Dirección General de Recursos Humanos. SESCAM 2010

- Actitud ante la consulta médica no presencial

Herramientas Informáticas:

Para el diseño del cuestionario se ha utilizado la herramienta Adobe® LiveCycle® Designer 8.0 integrada en Adobe Acrobat Profesional 8.0; es una herramienta de diseño gráfico de formularios que simplifica su creación y distribución como archivos Adobe PDF. Con LiveCycle Designer, se han creado listas desplegables y botones de comando en el formulario. Los destinatarios pueden rellenar el formulario en línea con el Adobe Reader® de su PC y enviar los datos con un simple “clic” a través del cliente de correo electrónico que tenga configurado (Outlook, Windows Mail, etc.). Posteriormente se procede a la captura de datos con Adobe Acrobat® Professional 8.0 para consolidar los datos recibidos (en formato “XML”) de las personas que han enviado la encuesta. La exportación de los datos a Excel es automática lo que facilita el tratamiento de los datos, su agrupación y análisis posterior.

Validación y Tratamiento de los datos

Antes de iniciar el análisis de datos, se ha procedido a validar las encuestas recibidas:

1. Verificar si los datos mínimos están completos, y que existían los registros correctos para cada caso, eliminando formularios sin categoría profesional, escenario de trabajo o más del 50% de preguntas en blanco. Se desecharon todas aquellas encuestas en las que la categoría aparecía en blanco para evitar la inclusión de profesiones diferentes a la medicina o la enfermería cuyos correos electrónicos pudieran estar incluidos en las listas.
2. Verificar que los valores para cada variable son válidos (aunque el único campo editable ha sido el de la provincia).

Para el análisis de datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 17.0. Las diferentes variables estudiadas han sido comparadas con la prueba Chi-cuadrado de Pearson a fin de determinar si el comportamiento de las categorías de cada variable presenta diferencias *estadísticamente significativas*. Cuando el valor calculado es menor que el teórico 0.05 se rechaza la hipótesis nula, con lo cual podemos concluir que sí existe una relación entre las variables con una probabilidad de error menor del 5%; por el contrario si el valor calculado

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

es mayor que 0.05 no se rechaza la hipótesis nula aceptando que no existe ninguna relación significativa entre las variables. Se ha realizado además un árbol de agregación y un corte transversal del mismo, que nos ha dado 4 agrupaciones de variables (Clúster) con un comportamiento significativamente homogéneo; para ello se ha utilizado la herramienta SPAD.N, 2005. "Système Portable pour l'Analyse des Données". Ver. 5.6 DECISIA, France.

RESULTADOS

5. Resultados

5.1. REVISIÓN DE LA LITERATURA: RESULTADOS

Aunque la asistencia telefónica haya sido incluida en la estrategia de búsqueda de forma expresa, pocos artículos al respecto han cumplido los criterios expuestos. Los artículos seleccionados han sido evaluados críticamente.

Del total de referencias obtenidas con la estrategia de búsqueda, en las distintas bases de datos, se eliminaron a partir del título y abstracts, los artículos no relacionados con la aplicación de la Teleconsulta o la Telemedicina. **Aplicando los criterios de inclusión/exclusión se obtienen para estudio sólo 17 artículos.** Las principales causas de exclusión han sido, la de realizar exclusivamente la descripción técnica del sistema y, en general, los artículos de medicina que no han cumplido los criterios establecidos.

Tipo de resultados:

- *Resultados en seguridad:* Riesgo de efectos adversos por errores diagnósticos, retrasos en la asistencia o presentación de complicaciones durante la atención.
- *Resultados organizativos:* Consecuencias de la telemedicina que puedan influir en la organización de los servicios implicados en la asistencia, repercusión en el descenso de los traslados de los pacientes a centros asistenciales, y utilización de recursos sanitarios con carácter general.
- *Resultados en salud:* Rapidez y fiabilidad diagnóstica, rapidez terapéutica, mejora en el pronóstico, aceptabilidad y/o satisfacción del usuario.

En la mayoría de los artículos se informa de un más rápido y mejor seguimiento de pacientes, disminución de traslados innecesarios y precoz acceso a especialistas, aunque existen riesgos de efectos adversos por fallos en la transmisión y/o pérdida de información relevante para el diagnóstico³³.

³³ Informe de Evaluación de Telemedicina. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla 1999

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

En un estudio de Wasson³⁴ sobre *asistencia telefónica* como sustituto de las consultas rutinarias de seguimiento, demuestran cómo influye la Teleconsulta en la disminución de la utilización de recursos médicos sin influir negativamente en la salud del paciente aunque, como los propios autores reconocen, con algunos sesgos de selección de pacientes.

En un estudio “*antes-después*”, con cierta evidencia aunque con sesgos, Darkins calcula la reducción de gastos anuales con el uso de la videoconferencia en un servicio de urgencias, pero no analiza los indicadores de forma detallada. En un descriptivo, Jennett también calcula ahorros para el servicio^{35,36}

Los otros estudios obtenidos con la búsqueda, que miden efectividad y/o satisfacción del usuario, valoran positivamente la implantación de un sistema de Teleconsulta entre los servicios de urgencias de atención primaria, y los centros coordinadores u hospitales de referencia en poblaciones geográficamente aisladas, donde el tiempo de traslado al hospital sea superior a 30-45 minutos.³⁷

En una revisión sistemática y metanálisis sobre la asistencia telefónica a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica³⁸, los autores se plantean si el control remoto (asistencia telefónica estructurada o Televigilancia), sin visitas a domicilio o asistencia en centros sanitarios, mejora los resultados para los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. Consultadas 15 bases de datos electrónicas, obtuvieron 14 ensayos que cumplían los criterios de inclusión (4.264 pacientes) de monitoreo remoto: cuatro de televigilancia de constantes, nueve de asistencia telefónica estructurada, y una evaluación de ambos. Los

³⁴ Wasson et al. Asistencia telefónica como sustituto de las consultas rutinarias de seguimiento. JAMA (ed. Esp. 1(1): 1992

³⁵ Darkins A, Dearden CH, Roche LG, Martin JB, Sibson L, Wootton R. An evaluation of telemedical support for a minor treatment centre. J Telemed Telecare 1996; 2: 93-99.

³⁶ Jennett PA, Watanabe M, Hall WG. The use of advanced computer technology to enhance access to health care and to respond to community needs: the results of the evaluation of a technology-based clinical consultation service. Medinfo 1995; 8(2):1479-1481.

³⁷ Roberts A, Heaney D, Haddow G, O'Donnell. Implementation of a national, nurse-led telephone health service in Scotland: assessing the consequences for remote and rural localities. *Rural and Remote Health* 9: 1079. Online, 2009. <http://www.rrh.org.au>

³⁸ Robyn A Clark, Sally C Inglis, Finlay A McAlister, John G F Cleland and Simon Stewart. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 334, 942. <http://bmj.com/cgi/content/full/334/7600/942>

programas de monitorización remota redujeron, según este estudio, las tasas de ingreso hospitalario por insuficiencia cardiaca crónica en un 21%, y la mortalidad por cualquier causa en un 20%; de los seis ensayos que evaluaron la calidad de vida, tres reportaron beneficios significativos con el monitoreo remoto, y de los cuatro estudios que examinan los costes de salud con asistencia telefónica estructurada, tres informaron una mejora en coste-efectividad. Concluyen que los programas para la insuficiencia cardiaca crónica que incluyen el control remoto, tienen un efecto positivo sobre los resultados clínicos en pacientes. Reconocen una limitación de esta revisión en el número relativamente pequeño de estudios (n=14) y los participantes (n=4.264). Los programas que incluyen el seguimiento a distancia no deben ser vistos, según estos autores, como una alternativa al seguimiento presencial de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica; sin embargo, el control remoto puede ser de particular beneficio para los pacientes que tienen dificultades para acceder a la atención especializada debido a la geografía.

5.2. REVISIÓN DE REFERENCIAS EN JURISPRUDENCIA: RESULTADOS

Se han obtenido 98 documentos con la consulta realizada, con una sola referencia de interés, relacionada con el tema de este trabajo, ya comentada ampliamente en el apartado de Jurisprudencia de la Introducción: Sentencia núm. 106/2008 de 13 marzo. **Audiencia Provincial de Murcia (Sección 1ª). AC 2008\978 (ver Anexo 10.2).**

En este asunto, sobre una presunta mala praxis, y donde se trata de dilucidar la responsabilidad en equipo entre una matrona y el obstetra, entre los que existe una interconsulta telefónica a propósito de un caso, se alude a si la actuación de los profesionales se ajustó o no a la "lex artis" al realizar un diagnóstico erróneo a distancia, por teléfono y sin haber practicado todas la pruebas diagnósticas previas en atención a la sintomatología que presentaba la demandante. La Teleasistencia, según esta sentencia, *“incluye determinado tipo de servicios, entre ellos la asistencia remota (consulta/diagnóstica entre diferentes facultativos para elaboración de un diagnóstico común y monitorización/vigilancia), gestión de pacientes y administración, información sanitaria a la población y formación e información a distancia a profesionales, que en nada afecta al ámbito y circunstancias en que se produjeron los hechos”*.

5.3. ANÁLISIS DE DATOS DE CONSULTAS MÉDICAS 1-1-2: RESULTADOS

Tras la aplicación del paquete estadístico sobre la información de las **59.268 consultas médicas válidas analizadas**, se observan los siguientes resultados.

5.3.1. Frecuencias

La **distribución según franja horaria** es de un 31,1% en horario de mañana (08:00 a 15:00), 28,4% en horario de tarde (15:00 a 22:00) y un 40,5% en horario de noche (22:00 a 08:00) (**tabla 1 y gráfico 1**).

HORARIO		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NOCHE	24030	40,5	40,5
	MAÑANA	18413	31,1	71,6
	TARDE	16825	28,4	100,0
	Total	59268	100,0	

Tabla 1. Distribución de consultas telefónicas por franja horaria

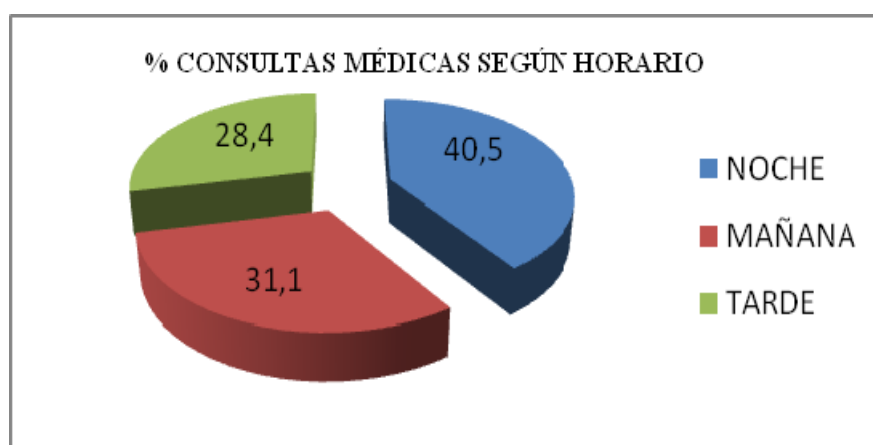


Gráfico 1. Distribución de consultas telefónicas por franja horaria

En más de la mitad de los casos (53%), las consultas se realizan para pacientes entre 19 y 65 años (ADULTO), y en un 27,4% en mayores de 65 años (**tabla 2 y gráfico 2**).

EDAD		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO CONSTA	2235	3,8	3,8
	NIÑO/A	7240	12,2	16,0
	ADOLESCENTE	2154	3,6	19,6
	ADULTO	31399	53,0	72,6
	MAYORES	16240	27,4	100,0
	Total	59268	100,0	

Tabla 2. Distribución de consultas telefónicas por edades

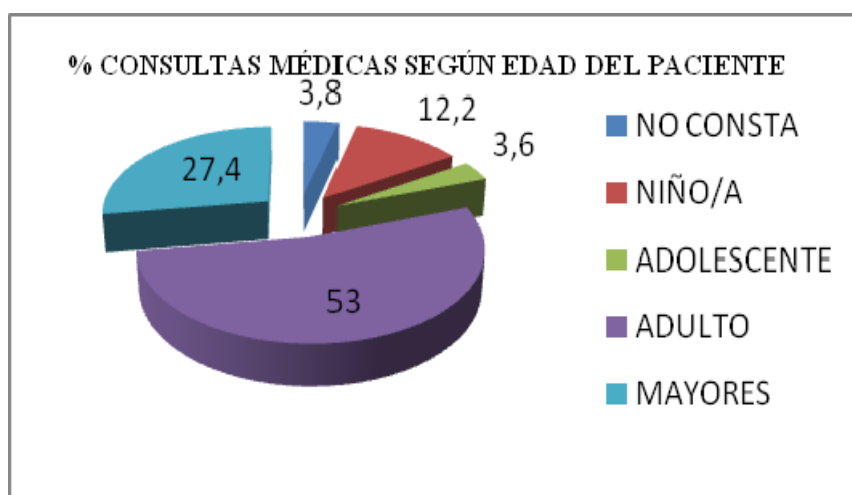


Gráfico 2. Distribución de consultas telefónicas por edades

La **distribución por sexo** es de 31.466 consultas en mujeres (53,1%) y 25.767 consultas para hombres (**tabla 3 y gráfico 3**).

SEXO	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO CONSTA	2035	3,4	3,4
HOMBRE	25767	43,5	46,9
MUJER	31466	53,1	100,0
Total	59268	100,0	

Tabla 3. Distribución de consultas telefónicas por sexo

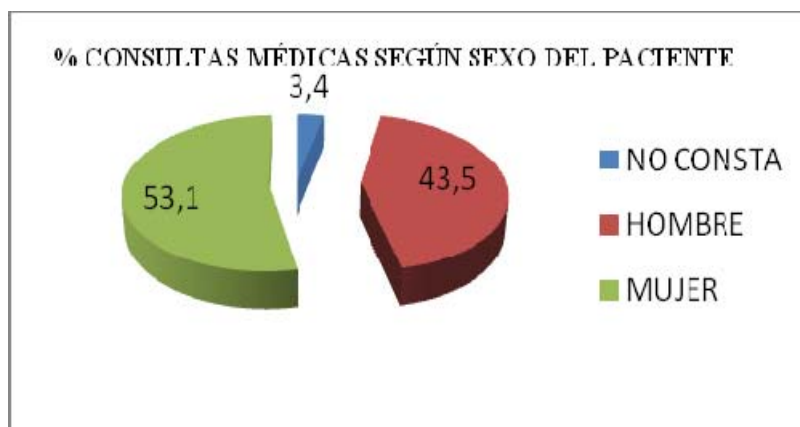


Gráfico 3. Distribución de consultas telefónicas por sexo

Sólo se contabilizaron un 8,5% de Interconsultas (“médico-médico” a propósito de un paciente), siendo la mayor parte consultas de pacientes, bien directamente o a través de terceros (no médicos), al médico coordinador del Centro Coordinador (tabla 4 y gráfico 4).

TIPO DE CONSULTA	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos INTERCONSULTA	5032	8,5	8,5
CONSULTA MED.	54236	91,5	100,0
Total	59268	100,0	

Tabla 4. Distribución de consultas telefónicas por tipo de consulta

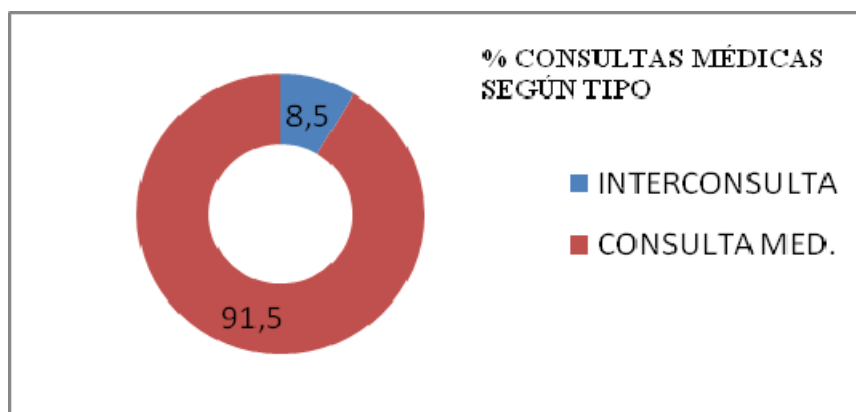


Gráfico 4. Distribución de consultas telefónicas por tipo de consulta

Según el tipo de alertante (llamante), destaca que el 54,4% de las consultas médicas telefónicas sobre un paciente las realiza un familiar del mismo, y sólo en un 24,2% es el propio afectado el que llama y habla con el médico consultor (tabla 5 y gráfico 5).

ALERTANTE		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PROFESIONAL SANITARIO	4850	8,2	8,2
	PROPIO AFECTADO	14346	24,2	32,4
	ENTORNO AFECTADO	32216	54,4	86,7
	ALERTANTE CASUAL	2940	5,0	91,7
	TELEASISTENCIA CR	3513	5,9	97,6
	EMERGENCIAS NO SANIT.	1403	2,4	100,0
	Total	59268	100,0	

Tabla 5. Distribución de consultas telefónicas por tipo de alertante

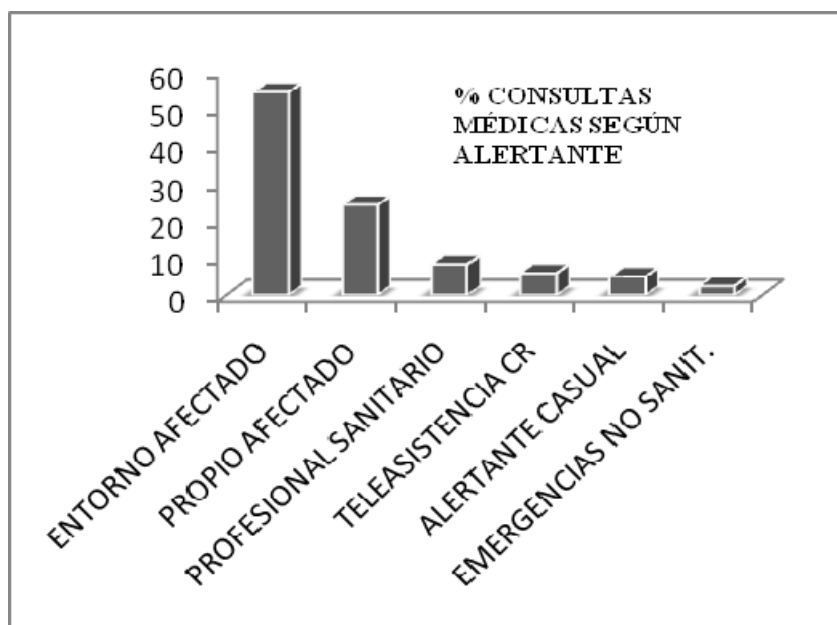


Gráfico 5. Distribución de consultas telefónicas por tipo de alertante

Para las 59.268 “consultas médicas telefónicas”, se activaron 7.388 médicos y/o profesionales de enfermería a domicilio, 7.357 ambulancias, 3.374 UVI-móviles y 64 Helicópteros, aunque lo relevante es que se dio **consejo médico sin activación de recursos** en el 69,3 % de las consultas (**tabla 6 y gráfico 6**).

RECURSO ACTIVADO		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIN RECURSO	41085	69,3	69,3
	ENFERMERIA	85	0,1	69,5
	URGENCIAS AP	7303	12,3	81,8
	AMBULANCIA	6402	10,8	92,6
	AMBULANCIA SVB	955	1,6	94,2
	UVI MOVIL	3374	5,7	99,9
	HELICOPTERO	64	0,1	100,0
	Total	59268	100,0	

Tabla 6. Activación de Recursos ante consultas telefónicas

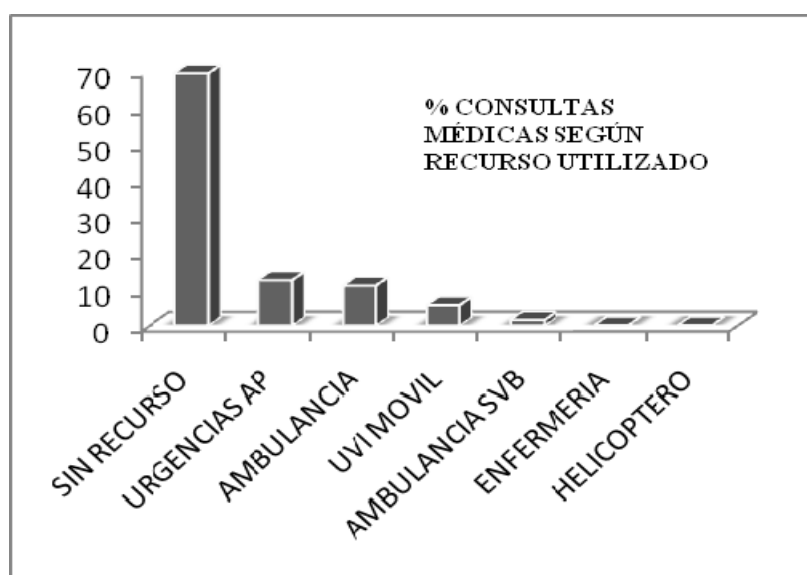


Gráfico 6. Activación de Recursos ante consultas telefónicas

Si observamos la tabla que recoge como finalizan estas consultas, destaca que se **trasladó el paciente al hospital en 6.569 ocasiones**, que en 1.089 ocasiones el interlocutor rechaza de inicio o anula (en segunda instancia) el recurso que le ofrecen, y que se contabilizaron 22 exitus en todo el periodo (**tabla 7**).

FINALIZACIÓN		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SIN SEGUIMIENTO	47482	80,1	80,1
	RECHAZO DEL RECURSO	531	0,9	81,0
	RECHAZO DEL PROTOCOLO INICIAL	73	0,1	81,1
	RECURSO NO DISPONIBLE	269	0,5	81,6
	RECURSO ANULADO	558	0,9	82,5
	EXITUS	22	0,0	82,6
	TRASLADO HOSPITAL	6569	11,1	93,6
	ASISTENCIA IN SITU	3764	6,4	100,0
	Total	59268	100,0	

Tabla 7. Finalización de las consultas médicas telefónicas

5.3.2. Tablas de contingencia

Se cruzan, por su relevancia en los objetivos de esta Tesis, el tipo de alertante con el tipo de recurso activado, y el tipo de alertante con la finalización de la consulta (**tablas 8 y 9**).

ALERTANTE * RECURSO		RECURSO						Total	
		SIN RECURSO	ENFERMERIA	URG. AP	AMB.	AMB. SVB	UVI MOV.		HELI.
PROFESIONAL SANITARIO	Recuento	1723	1	133	1192	177	1561	63	4850
	% dentro de	35,5%	,0%	2,7%	24,6%	3,6%	32,2%	1,3%	100%
	Residuos	-53,3	-2,4	-21,2	32,3	11,8	83,1	26,4	
PROPIO AFECTADO	Recuento	12717	7	789	634	100	99	0	14346
	% ALERTANT	88,6%	,0%	5,5%	4,4%	,7%	,7%	,0%	100%
	Residuos	57,6	-3,4	-28,6	-28,3	-10,0	-29,7	-4,5	
ENTORNO AFECTADO	Recuento	22501	55	4591	3304	479	1285	1	32216
	% ALERTANT	69,8%	,2%	14,3%	10,3%	1,5%	4,0%	,0%	100%
	Residuos	3,0	1,9	15,6	-4,7	-2,6	-19,5	-8,5	
ALERTANTE CASUAL	Recuento	1919	0	211	516	93	201	0	2940
	% ALERTANT	65,3%	,0%	7,2%	17,6%	3,2%	6,8%	,0%	100%
	Residuos	-4,9	-2,1	-8,7	12,1	6,9	2,7	-1,8	
TELEASISTENCIA CR	Recuento	1462	21	1354	494	58	124	0	3513
	% ALERTANT	41,6%	,6%	38,5%	14,1%	1,7%	3,5%	,0%	100%
	Residuos	-36,7	7,3	48,7	6,4	,2	-5,7	-2,0	
EMERGENCIAS NO SANITAR.	Recuento	763	1	225	262	48	104	0	1403
	% ALERTANT	54,4%	,1%	16,0%	18,7%	3,4%	7,4%	,0%	100%
	Residuos	-12,3	-,7	4,3	9,6	5,4	2,8	-1,2	
Total	Recuento	41085	85	7303	6402	955	3374	64	59268
	% dentro de	69,3%	,1%	12,3%	10,8%	1,6%	5,7%	,1%	100%

Tabla 8. Tabla de Contingencia Alertante*Recurso

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 8	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14552,043 ^a	30	,000
Razón de verosimilitudes	11066,012	30	,000
Asociación lineal por lineal	13,162	1	,000
N de casos válidos	59268		

Destaca que las llamadas efectuadas **directamente por el afectado**, para realizar una consulta médica telefónica, son las que finalmente requieren menor activación de recursos de forma significativa: 88.6% sin recurso (solo consejo sanitario), seguidas de las **realizadas por familiares** de los mismos (entorno del afectado) con un 69.8%.

A continuación, se estudian los datos obtenidos al cruzar el tipo de alertante con la finalización del incidente.

Al cruzar esta información, se observa de forma significativa que las llamadas realizadas por el propio afectado no precisan seguimiento en un 93.6%, mientras que para las llamadas hechas por familiares baja a un 81.7%. Destacable también, aunque sin relevancia significativa, es que para las primeras se precisa traslado al hospital del afectado en un 3.7% mientras que en las segundas, se traslada al 9.5%.

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 9	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7335,925 ^a	35	,000
Razón de verosimilitudes	6276,684	35	,000
Asociación lineal por lineal	21,425	1	,000
N de casos válidos	59268		

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

ALERTANTE * FINALIZACIÓN		FINALIZACIÓN							Total	
		SIN SEGUIM IENTO	RECHAZ O DEL RECURS O	RECHAZ O PROTOC OLO	RECURS O NO DISPONI BLE	RECURS O ANULAD O	EXIT US	TRASLA DO HOSPIT AL		ASIST ENCIA IN SITU
PROFESIONAL SANTARIO	Recuento	2056	91	10	90	66	11	1911	615	4850
	% dentro de	42,4%	1,9%	,2%	1,9%	1,4%	,2%	39,4%	12,7%	100%
	Residuos	-68,7	7,6	1,7	15,2	3,2	7,2	65,6	18,9	
PROPIO AFECTADO	Recuento	13426	40	2	13	82	0	530	253	14346
	% ALERTANT	93,6%	,3%	,0%	,1%	,6%	,0%	3,7%	1,8%	100%
	Residuos	46,4	-9,0	-4,3	-7,4	-5,3	-2,7	-32,4	-25,9	
ENTORNO AFECTADO	Recuento	26336	266	45	125	277	5	3053	2109	32216
	% ALERTANT	81,7%	,8%	,1%	,4%	,9%	,0%	9,5%	6,5%	100%
	Residuos	10,9	-2,0	1,3	-2,6	-2,2	-3,0	-13,6	2,1	
ALERTANTE CASUAL	Recuento	2132	81	6	19	65	2	410	225	2940
	% ALERTANT	72,5%	2,8%	,2%	,6%	2,2%	,1%	13,9%	7,7%	100%
	Residuos	-10,6	11,0	1,3	1,6	7,3	,9	5,1	3,0	
TELEASISTEN CIA CR	Recuento	2602	20	7	16	43	1	419	405	3513
	% ALERTANT	74,1%	,6%	,2%	,5%	1,2%	,0%	11,9%	11,5%	100,0%
	Residuos	-9,3	-2,1	1,3	,0	1,8	-3	1,6	13,0	
EMERGENCIA S NO SANTARIOS	Recuento	930	33	3	6	25	3	246	157	1403
	% ALERTANT	66,3%	2,4%	,2%	,4%	1,8%	,2%	17,5%	11,2%	100,0%
	Residuos	-13,1	5,9	1,0	-,1	3,3	3,5	7,8	7,5	
Total	Recuento	47482	531	73	269	558	22	6569	3764	59268
	% dentro de	80,1%	,9%	,1%	,5%	,9%	,0%	11,1%	6,4%	100,0%

Tabla 9. Tabla de Contingencia Alertante*Finalización

5.3.3. Árbol de Agregación

Atendiendo a las variables en estudio, agrupadas según árbol de agregación, se han encontrado seis grupos bien diferenciados, tras la aplicación del paquete estadístico SPAD (“Systeme Portable pour l’Analyse des Données”); se ha realizado un corte transversal en las ramas del árbol jerárquico (**figura 5**) con una significación estadística del 99% obteniéndose 6 agrupaciones de variables que mantienen una estrecha relación.

Después de la agregación y corte del árbol todavía se aplica una última fase de reasignación de casos, hasta lograr la clasificación definitiva, motivo por el que los porcentajes varían sensiblemente en los grupos con respecto al árbol.

Characterisation by categories of groups of CUT "a" OF THE TREE INTO 6 CLUSTERS

Group: CLUSTER 1 / 6 (Count: 34656 - Percentage: 58.47)

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in set	Test-value	Probability	Weight
RECURSO	SIN RECURSO	98,98	69,32	200,33	0,000	41085
FINALIZA	SIN SEGUIMIENTO	99,03	80,11	146,08	0,000	47482
TIPOCONS	CONSULTA MEDICA	99,79	91,51	93,12	0,000	54236
ALERTANT	PROPIO AFECTADO	35,18	24,21	77,72	0,000	14346
EDAD	NIÑO/A	19,30	12,22	68,67	0,000	7240
EDAD	ADULTO	62,21	52,98	53,56	0,000	31399
ALERTANT	ENTORNO AFECTADO	63,13	54,36	50,96	0,000	32216
SEXO	MUJER	57,34	53,09	24,61	0,000	31466
EDAD	ADOLESCENTE	4,89	3,63	20,17	0,000	2154
HORARIO	NOCHE	43,22	40,54	15,77	0,000	24030
HORARIO	TARDE	29,79	28,39	8,99	0,000	16825

Group: CLUSTER 2 / 6 (Count: 2824 - Percentage: 4.76)

Variable label	Characteristic categories	% category in group	% of category in set	Test-value	Probability	Weight
ALERTANT	ALERTANTE CASUAL	100,00	4,96	147,34	0,000	2940
TIPOCONS	CONSULTA MEDICA	99,47	91,51	19,83	0,000	54236
EDAD	ADULTO	67,32	52,98	15,82	0,000	31399
SEXO	HOMBRE	57,83	43,48	15,66	0,000	25767
RECURSO	AMBULANCIA	17,85	10,80	11,46	0,000	6402
EDAD	NO CONSTA	8,11	3,77	10,87	0,000	2235
FINALIZA	RECHAZO RECURSO	2,80	0,90	8,87	0,000	531
FINALIZA	RECURSO ANU	2,23	0,94	6,19	0,000	558
RECURSO	AMBULANCIA SVB	3,22	1,61	6,14	0,000	955
EDAD	ADOLESCENT	5,67	3,63	5,47	0,000	2154
FINALIZA	TRASLADO HO	14,24	11,08	5,25	0,000	6569
HORARIO	MAÑANA	34,17	31,07	3,60	0,000	18413
FINALIZA	ASISTENCIA IN SITU	7,83	6,35	3,16	0,001	3764
RECURSO	UVI MOVIL	7,01	5,69	2,97	0,001	3374

Group: CLUSTER 3 / 6 (Count: 8559 - Percentage: 14.44)

Variable label	Characteristic categories	% category in group	% of category in set	Test-value	Probability	Weight
RECURSO	URGENCIAS AP	80,10	12,32	174,87	0,000	7303
ALERTANT	TELEASISTENCIA	34,86	5,93	98,56	0,000	3513
EDAD	MAYORES	63,82	27,40	77,04	0,000	16240
FINALIZA	ASIST. IN SITU	23,51	6,35	58,85	0,000	3764
TIPOCONS	CONSULTA	99,94	91,51	39,73	0,000	54236
SEXO	MUJER	60,82	53,09	15,56	0,000	31466
HORARIO	MAÑANA	35,25	31,07	8,94	0,000	18413
FINALIZA	RECHAZO RECURSO	1,40	0,90	4,99	0,000	531
FINALIZA	RECURSO ANUL	1,40	0,94	4,46	0,000	558
RECURSO	ENFERMERIA	0,34	0,14	4,45	0,000	85
FINALIZA	RECURSO NO DISPO	0,64	0,45	2,61	0,005	269

Group: CLUSTER 4 / 6 (Count: 2639 - Percentage: 4.45)

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in set	Test-value	Probability	Weight
SEXO	NO CONSTA	72,26	3,43	113,06	0,000	2035
EDAD	NO CONSTA	71,69	3,77	108,16	0,000	2235
RECURSO	SIN RECURSO	89,24	69,32	24,82	0,000	41085
ALERTANT	PROFESIONAL SANI	23,08	8,18	24,09	0,000	4850
TIPOCONS	INTERCONSULTA	23,46	8,49	23,92	0,000	5032
ALERTANT	EMERGEN NO SANIT	10,19	2,37	20,56	0,000	1403
FINALIZA	SIN SEGUIMIENTO	93,67	80,11	20,08	0,000	47482
HORARIO	TARDE	31,30	28,39	3,34	0,000	16825
ALERTANT	PROPIO AFECTADO	26,56	24,21	2,84	0,002	14346

Group: CLUSTER 5 / 6 (Count: 4901 - Percentage: 8.27)

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in set	Test-value	Probability	Weight
RECURSO	UVI MOVIL	63,70	5,69	127,49	0,000	3374
ALERTANT	PROFESIONAL SANI	67,97	8,18	116,43	0,000	4850
TIPOCONS	INTERCONSULTA	68,50	8,49	115,66	0,000	5032
FINALIZA	ASISTENCIA IN SITU	30,26	6,35	55,61	0,000	3764
FINALIZA	TRASLADO HOSPIT	32,61	11,08	42,85	0,000	6569
EDAD	MAYORES	48,60	27,40	33,03	0,000	16240
RECURSO	HELICOPTERO	1,31	0,11	17,67	0,000	64
SEXO	HOMBRE	54,40	43,48	16,01	0,000	25767
HORARIO	MAÑANA	41,30	31,07	15,78	0,000	18413
FINALIZA	RECURSO NO DISPO	1,94	0,45	12,42	0,000	269
FINALIZA	RECHAZO RECURSO	2,14	0,90	8,31	0,000	531
FINALIZA	RECURSO ANUL	2,20	0,94	8,24	0,000	558
FINALIZA	EXITUS	0,31	0,04	6,79	0,000	22
FINALIZA	RECHAZO PROTOCO	0,27	0,12	2,48	0,006	73

Group: CLUSTER 6 / 6 (Count: 5689 - Percentage: 9.60)

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in set	Test-value	Probability	Weight
RECURSO	AMBULANCIA	85,39	10,80	147,81	0,000	6402
FINALIZA	TRASLADO HOSPIT	79,06	11,08	133,80	0,000	6569
RECURSO	AMBULANCIA SVB	14,61	1,61	57,37	0,000	955
EDAD	MAYORES	55,05	27,40	46,42	0,000	16240
TIPOCONS	INTERCONSULTA	16,95	8,49	21,75	0,000	5032
ALERTANT	PROFESIONAL SANI	16,00	8,18	20,49	0,000	4850
HORARIO	MAÑANA	39,97	31,07	14,95	0,000	18413
SEXO	HOMBRE	52,01	43,48	13,59	0,000	25767
ALERTANT	ENTORNO AFECTAD	62,72	54,36	13,39	0,000	32216
FINALIZA	RECHAZO RECURSO	2,79	0,90	13,17	0,000	531
ALERTANT	EMERGEN NO SANIT	4,57	2,37	10,33	0,000	1403

Mixed Clustering

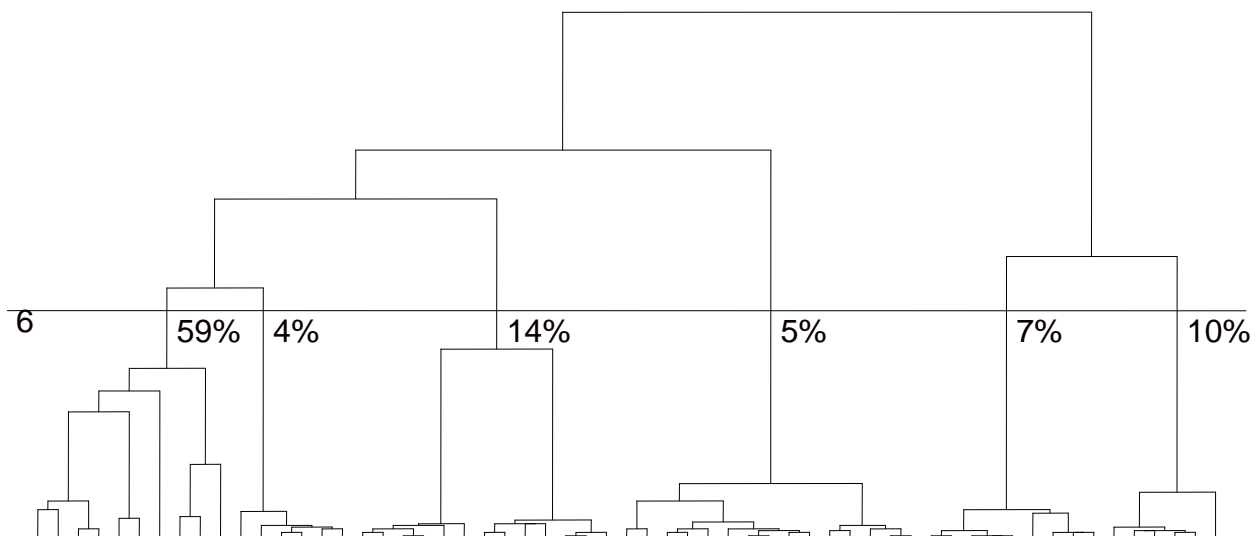


Figura 5. Árbol de Agregación Consultas Médicas

Se describen a continuación las características de los 6 grupos generados en el árbol:

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

Grupo 1. Comprende 34.656 registros (58,47% del total de consultas médicas), y constituye el grupo de las consultas médicas correctamente categorizadas como tales, ya que no han necesitado recurso sanitario (se han resuelto con consejo médico y recomendaciones) en un 98,98 % de los casos. El 35,18% las ha generado el propio paciente, y el 63,13% alguien de su entorno cercano. Los pacientes son adultos en un 62,21%.

Grupo 2. Son un 4,76% del total, y son aquellas consultas realizadas por un alertante casual, es decir alguien ajeno al entorno del paciente en la totalidad de los casos. Se activaron recursos móviles (Ambulancia o UVI-móvil) en un 28,08% de los casos, y solo se trasladó al hospital la mitad de estos pacientes; el recurso activado no era realmente necesario en el resto.

Grupo 3. Este grupo contiene 8.559 consultas médicas (14,44%); en un 63,82% para mayores, siendo en una tercera parte realizadas a través del servicio de Teleasistencia de Cruz Roja, y precisando atención médica de atención primaria en un 80,10%.

Grupo 4. Son un 4,45%; incluye llamadas realizadas por profesionales sanitarios (interconsultas): 23,08%, y servicios de emergencias no sanitarios: 10,19%. Un 89,29% de estas consultas no precisan recurso.

Grupo 5. Constituye el 8,27%, y está compuesto por interconsultas de profesionales sanitarios (67,97%), que solicitan asesoramiento al médico del centro coordinador, activándose finalmente una UVI-móvil en un 63,70% de los casos, aunque solo se traslada al hospital en la mitad de los casos, finalizando como alta in situ en la otra mitad. Incluye la activación de helicóptero (1,3%) y un 0,31% de éxitos.

Grupo 6. Son un 9,60%, se realizan principalmente desde el entorno del afectado (62,72%) por mayores (55,05%), y suponen la activación de ambulancias para traslado al hospital en el 100% de los casos, aunque realmente solo se traslada al 79,06%, principalmente por rechazo del recurso asignado.

5.4. ENCUESTA A PROFESIONALES: RESULTADOS

5.4.1. Frecuencias

Del total de profesionales médicos y de enfermería que recibieron la encuesta en su correo corporativo, han enviado de forma correcta el cuestionario un total de 913 profesionales (555 médicos y 358 profesionales de enfermería), que suponen una muestra representativa de la población de profesionales de estas categorías en Castilla-La Mancha.

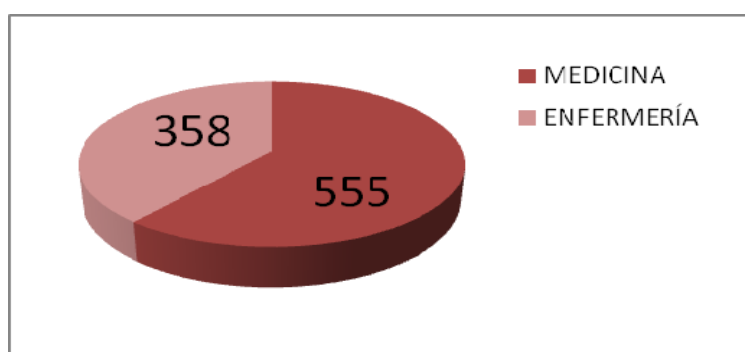


Gráfico 7. Distribución de encuestas válidas por categoría profesional

Considerando el total de profesionales, el 31,7% de los encuestados tienen entre 20 y 40 años, el 34,6% entre 31 y 40, y el 33,7% más de 50 años.

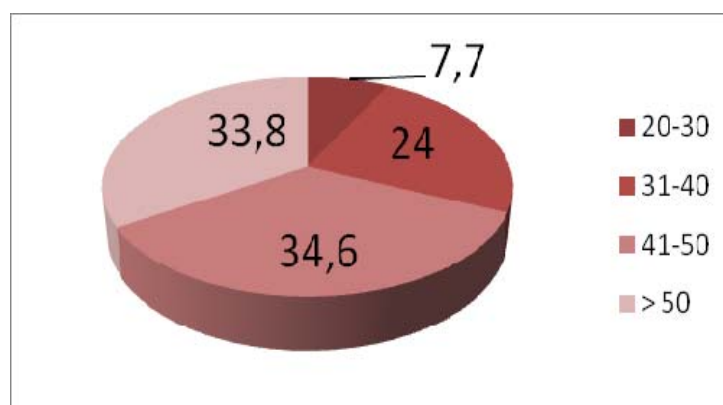


Gráfico 8. Distribución de encuestas válidas por franja de edad

El 45,3% de las encuestas correspondieron a hombres y el 54,7 % a mujeres.

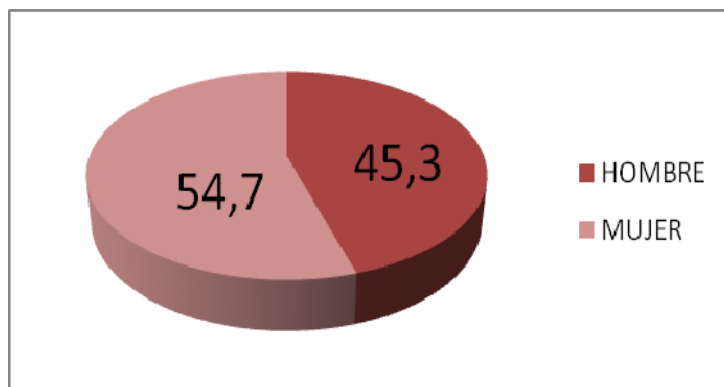


Gráfico 9. Distribución de encuestas válidas por sexo

La distribución por ámbito de trabajo es la siguiente: 61,3% de Atención Primaria, 21,1% de Atención Especializada, 11,9% Urgencias y Emergencias, 5% de Gestión, y 0,7% de Centros Coordinadores. (Gráfico 10)

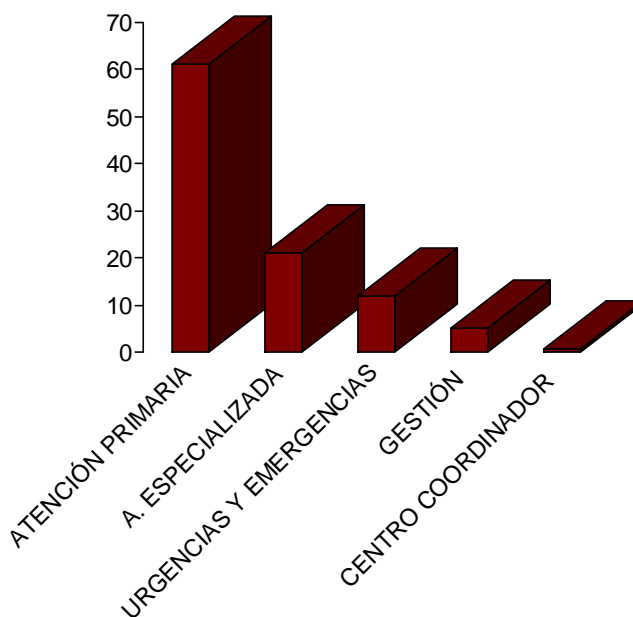


Gráfico 10. Distribución de encuestas válidas por lugar de trabajo

A continuación se presentan los datos referentes a las respuestas de los profesionales sanitarios a cada una de las 10 preguntas planteadas:

PREG1: FRECUENCIA CONSULTAS TELEFÓNICAS (TFN) EN ÚLTIMO MES		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 NINGUNA CONSULTA	55	6,0	6,0	6,0
	1 ENTRE 1 Y 10	635	69,6	69,6	75,6
	2 ENTRE 11 Y 25	163	17,9	17,9	93,4
	3 MAS DE 25	60	6,6	6,6	100,0
	Total	913	100,0	100,0	

Tabla 10. Respuestas a Pregunta 1: frecuencia consultas telefónicas

Casi el 70% de los encuestados han recibido entre 1 y 10 consultas telefónicas en el último mes; y sólo el 6.6% declara haber recibido más de 25 consultas.

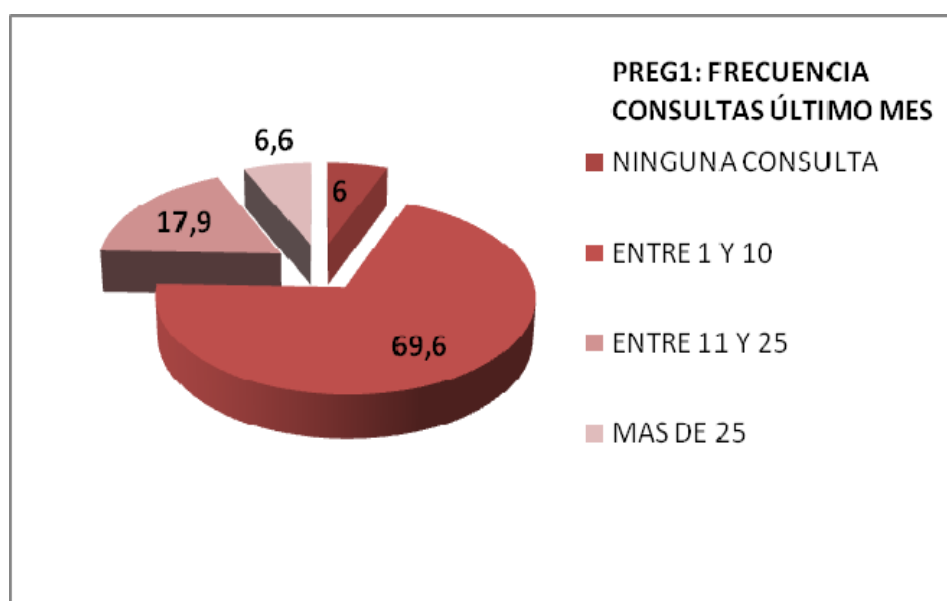


Gráfico 11. Respuestas a Pregunta 1: frecuencia consultas telefónicas

PREG2: CONSULTAS TFN CON CONSEJO SANITARIO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 EN NINGUNA	58	6,4	6,4	6,4
	1 EN MENOS DE LA MITAD	228	25,0	25,2	31,6
	2 EN MAS DE LA MITAD	322	35,3	35,6	67,2
	3 EN TODAS	297	32,5	32,8	100,0
	Total	905	99,1	100,0	
Perdidos	Sistema	8	,9		
	Total	913	100,0		

Tabla 11. Respuestas a Pregunta 2: consultas telefónicas con consejo sanitario

PREG3: RECOMENDACIÓN DE CONSULTA PRESENCIAL		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 EN NINGUNA	77	8,4	8,5	8,5
	1 EN MENOS DE LA MITAD	412	45,1	45,6	54,2
	2 EN MAS DE LA MITAD	289	31,7	32,0	86,2
	3 EN TODAS	125	13,7	13,8	100,0
	Total	903	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,1		
	Total	913	100,0		

Tabla 12. Respuestas a Pregunta 3: recomendación de consulta presencial

Al observar datos relacionados con la resolución de las consultas telefónicas, observamos cómo el 68.4% declara haber dado consejo sanitario en todas o en más de la mitad de los casos, y el 54.1% afirma que se ha recomendado una consulta presencial en menos de la mitad de los casos o en ninguno (**gráfico 12**).

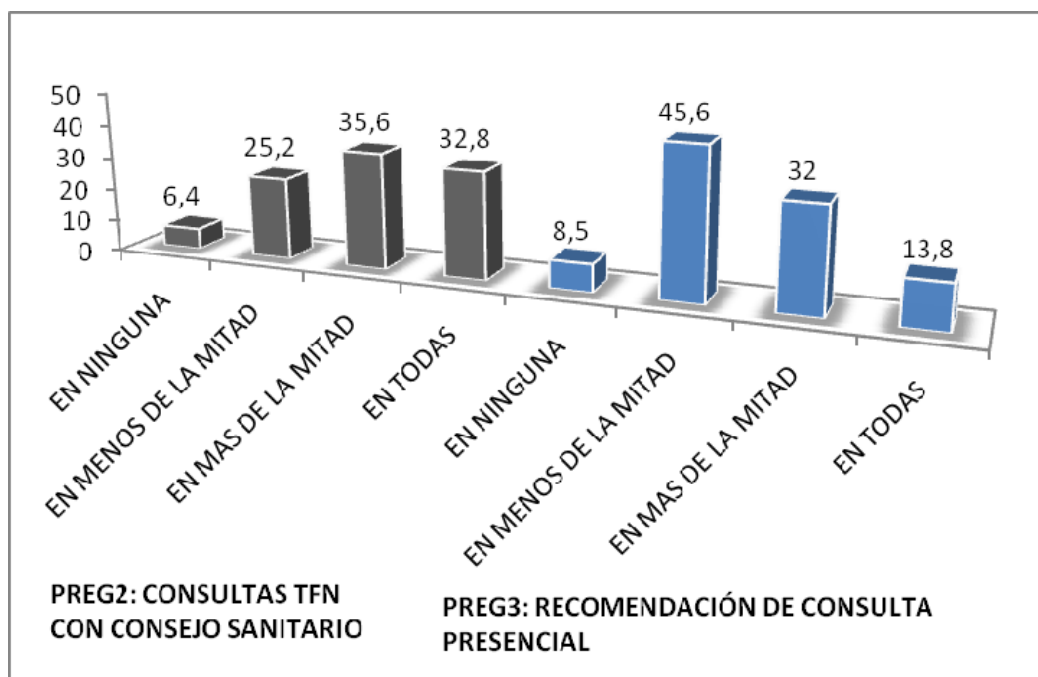


Gráfico 12. Respuestas a Preguntas 2 y 3: resolución de consultas telefónicas

PREG4: INSATISFACCIÓN CON LA RESPUESTA A LA CONSULTA TFN		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 NUNCA	161	17,6	18,0	18,0
	1 ALGUNA VEZ	475	52,0	53,2	71,2
	2 FRECUENTEMENTE	204	22,3	22,8	94,1
	3 SIEMPRE	53	5,8	5,9	100,0
	Total	893	97,8	100,0	
Perdidos	Sistema	20	2,2		
	Total	913	100,0		

Tabla 13. Respuestas a Pregunta 4: insatisfacción con la respuesta

Más de la mitad (53.2%) afirma que “alguna vez” se ha sentido insatisfecho con su propia respuesta a una consulta médica. Un 18% afirma que “nunca”, y un 5.9 que “siempre” (tabla 13).

PREG5: PROBLEMAS O RECLAMACIONES EN CONSULTAS TFN		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 NUNCA	858	94,0	95,0	95,0
	1 SI - SIN TRANSCEND	40	4,4	4,4	99,4
	2 ALGUNA RECLAMACION	5	,5	,6	100,0
	Total	903	98,9	100,0	
Perdidos	Sistema	10	1,1		
	Total	913	100,0		

Tabla 14. Respuestas a Pregunta 5: problemas o reclamaciones

En el 95% de los casos no ha habido reclamaciones, ni otros problemas derivados del uso de la consulta telefónica; y cabe destacar que ningún encuestado ha escogido la respuesta “ALGÚN PROCESO JUDICIAL”.

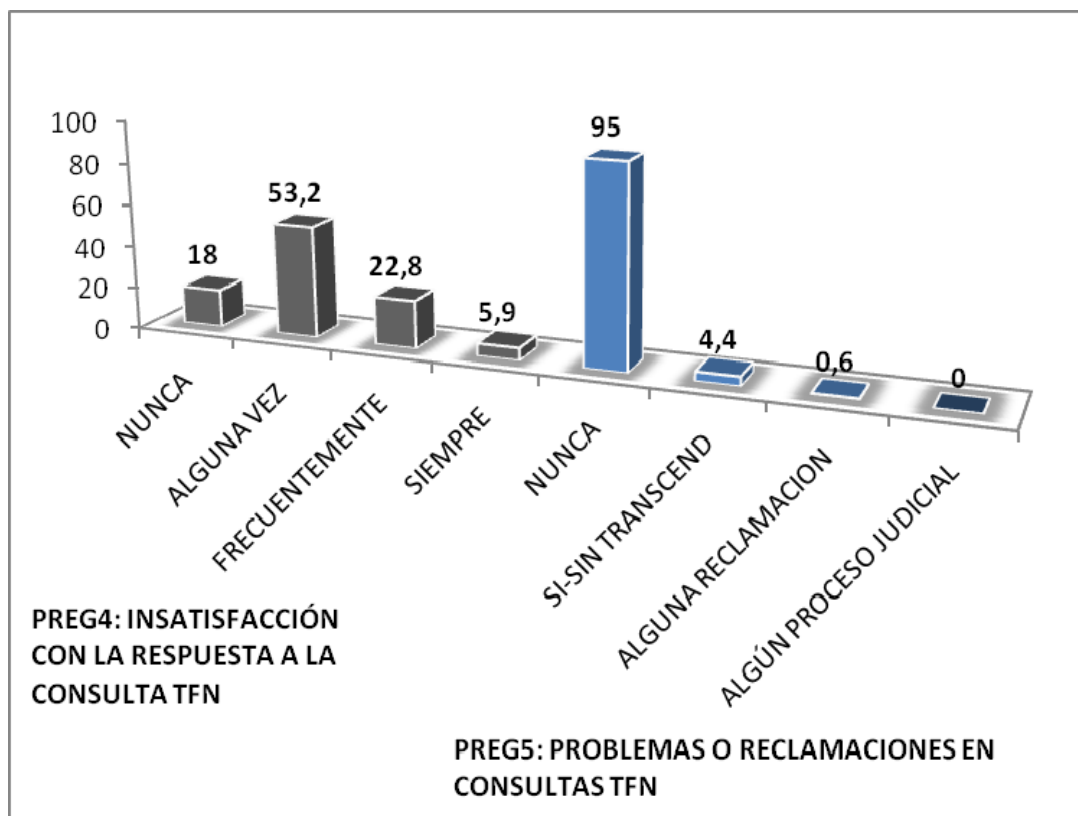


Gráfico 13. Respuestas a Preguntas 4 y 5: insatisfacción y problemas

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

Cuando abordamos directamente como valora este tipo de consulta frente a la consulta presencial tradicional, nos encontramos con que la “excepcionalidad de su utilidad” se considera en un 58.5%, que un 31,1% opina que es útil en general, y obtenemos casi un 10% de profesionales que opina que esta modalidad debe evitarse (**tabla 15 y gráfico 16**).

PREG6: OPINIÓN CONSULTA TFN VS CONSULTA PRESENCIAL		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 DEBE EVITARSE	87	9,5	9,5	9,5
	1 UTIL EXCEPCIONALM	533	58,4	58,5	68,1
	2 UTIL EN GENERAL	284	31,1	31,2	99,2
	3 PUEDE SUSTITUIRLA	7	,8	,8	100,0
	Total	911	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	2	,2		
	Total	913	100,0		

Tabla 15. Respuestas a Pregunta 6: opinión consulta telefónica vs presencial

Si abordamos directamente la cantidad de riesgo que el profesional detecta en la consulta médica no presencial, destaca que el 65.2% ve “mayor riesgo” y el 11.2% “mucho mayor riesgo” (**tabla 16 y gráfico 14**).

PREG7: RIESGOS CONSULTA TFN VS PRESENCIAL		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 MENOR RIESGO	11	1,2	1,2	1,2
	1 SIMILAR RIESGO	204	22,3	22,4	23,6
	2 MAYOR RIESGO	593	65,0	65,2	88,8
	3 MUCHO MAYOR RIESGO	102	11,2	11,2	100,0
	Total	910	99,7	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,3		
	Total	913	100,0		

Tabla 16. Respuestas a Pregunta 7: cantidad de riesgo en consulta no presencial

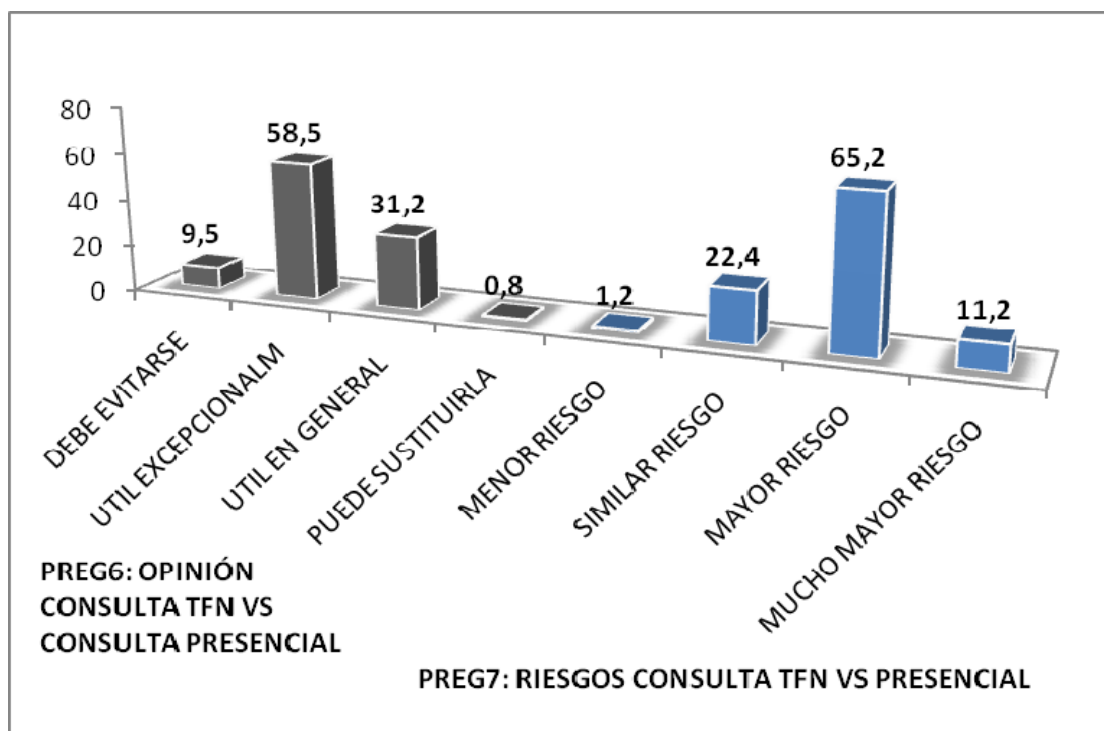


Gráfico 14. Respuestas a Preguntas 6 y 7: opinión general y riesgos

Si presentamos la consulta no presencial en el seguimiento de pacientes crónicos, los profesionales la consideran complementaria en el 71.4%, “útil ocasional” en el 22.7%, e inadecuada en casi un 5%.

PREG8: CONSULTA A DISTANCIA EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 INADECUADA	45	4,9	4,9	4,9
	1 UTIL OCASIONAL	207	22,7	22,7	27,6
	2 COMPLEMENTARIA	651	71,3	71,4	99,0
	3 SUSTITUTIVA	9	1,0	1,0	100,0
Total		912	99,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,1		
	Total	913	100,0		

Tabla 17. Respuestas a Pregunta 8: utilidad en seguimiento paciente crónico

Si nos centramos en la consulta no presencial en el entorno de decisiones “urgencias en escenario rural alejado”, la utilidad reconocida es del 39.3%, que subiría a casi un 84% si

sumamos las opiniones de “útil a veces”. Sólo un 6.2% piensa que esta modalidad es imprescindible en este escenario, y casi un 10% piensa que es “poco útil” (tabla 18).

PREG9: CONSULTAS TFN EN URGENCIAS DE ZONAS RURALES ALEJADAS		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 POCO UTIL	90	9,9	9,9	9,9
	1 UTIL A VECES	404	44,2	44,6	54,5
	2 BASTANTE UTIL	356	39,0	39,3	93,8
	3 IMPRESCINDIBLE	56	6,1	6,2	100,0
	Total	906	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	7	,8		
	Total	913	100,0		

Tabla 18. Respuestas a Pregunta 9: utilidad en urgencias rurales alejadas

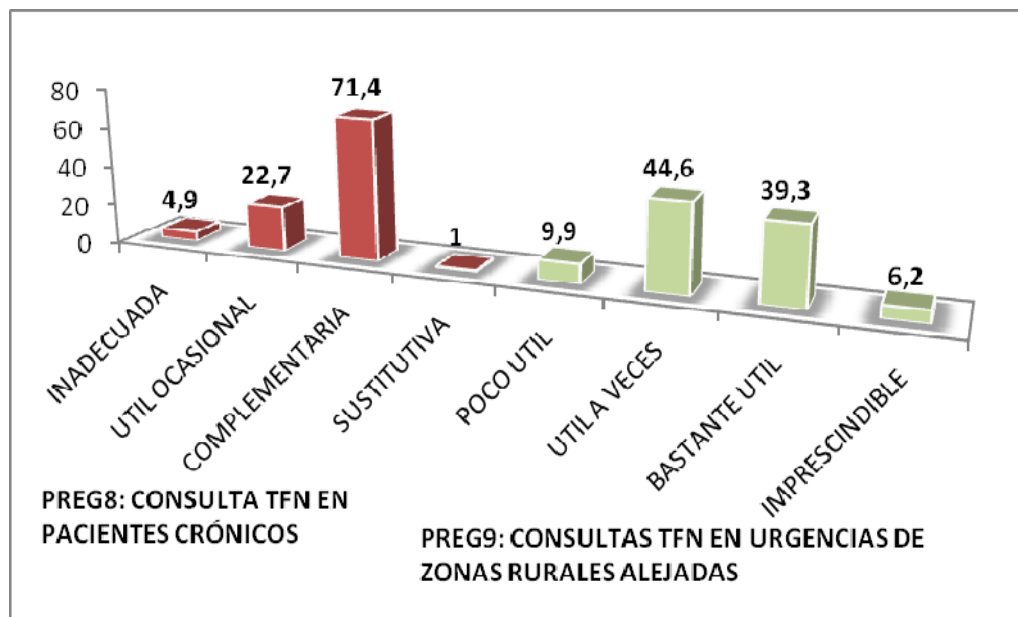


Gráfico 15. Respuestas a Preguntas 8 y 9: utilidad en escenarios concretos

La última pregunta del cuestionario, enfoca la utilidad de la consulta médica no presencial en los escenarios planteados en las preguntas 8 y 9 con la particularidad de introducir el concepto de hacer un “juicio diagnóstico telefónico”; obteniendo el resultado de un 37.8% de profesionales que consideran que no se debe emitir un juicio diagnóstico en ninguno de los escenarios planteados (procesos urgentes o crónicos conocidos). Aunque destaca un

49.6% que piensa que se puede emitir un juicio diagnóstico en el seguimiento de un paciente crónico **conocido** (que era el supuesto planteado). Casi un 10% opina que se podría hacer en ambos supuestos (**tabla 19 y gráfico 16**).

PREG10: JUICIO DIAGNÓSTICO TELEFÓNICO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0 EN NINGUNO	343	37,6	37,8	37,8
	1 EN PROC URGENTES	29	3,2	3,2	41,0
	2 EN CRONICOS CONOCIDOS	450	49,3	49,6	90,5
	3 EN AMBOS	86	9,4	9,5	100,0
Total		908	99,5	100,0	
Perdidos	Sistema	5	,5		
	Total	913	100,0		

Tabla 19. Respuestas a Pregunta 10: juicio diagnóstico telefónico

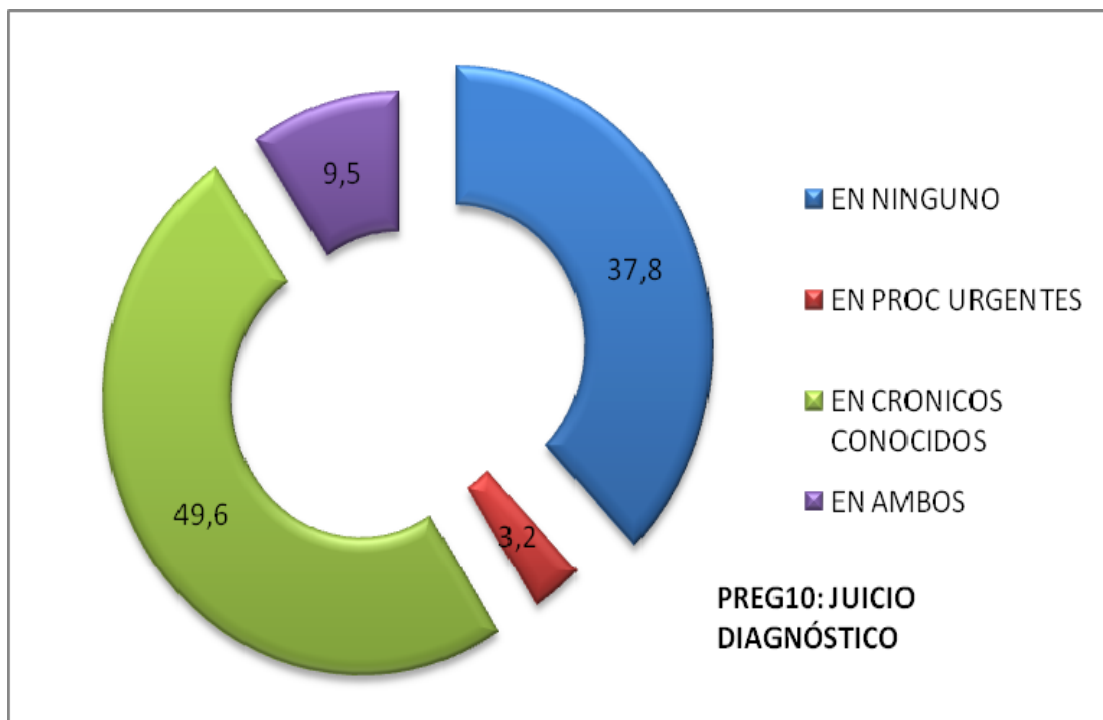


Gráfico 16. Respuestas a Preguntas 10: juicio diagnóstico telefónico

5.4.2. Tablas de contingencia

Se ha procedido a cruzar la variable “lugar de trabajo” con cada una de las diez variables correspondientes a las 10 preguntas de la encuesta, ya que esta variable podía ser

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

determinante a la hora de dibujar las opiniones de los profesionales agrupadas en los diferentes ámbitos de trabajo si observamos diferencias significativas.

El concepto residuos corregidos nos da una idea de la potencia estadística que se establece entre dos variables determinadas. Si alguno de los grupos presenta una relación significativa, el residuo corregido saldrá en valor absoluto superior a la cifra de 2 (la negatividad del valor indica que la relación entre los dos grupos analizados es excesivamente baja y fuera de lo esperado).

En la **tabla 20** se resume el procesamiento de los casos de la variable “lugar de trabajo” con respecto a cada pregunta. Las tablas restantes (21 a 30) muestran el proceso individual con cada una de ellas.

Resumen del procesamiento de los casos	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
LUGARTRABAJO * PREG1	913	100,0%	0	,0%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG2	905	99,1%	8	,9%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG3	903	98,9%	10	1,1%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG4	893	97,8%	20	2,2%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG5	903	98,9%	10	1,1%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG6	911	99,8%	2	,2%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG7	910	99,7%	3	,3%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG8	912	99,9%	1	,1%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG9	906	99,2%	7	,8%	913	100,0%
LUGARTRABAJO * PREG10	908	99,5%	5	,5%	913	100,0%

Tabla 20. Resumen de procesamiento de casos. Lugar de Trabajo*Preg “n”

En referencia a la pregunta número uno, con respecto al lugar de trabajo, el 40% de los profesionales refiere resolver más de 25 consultas médicas, ya que esta modalidad está incorporada de forma habitual en este entorno de trabajo. En el resto no hay relación significativa (**tabla 21**).

LUGARTRABAJO * PREG1		PREG1				Total
		NINGUNA CONSULT.	1-10	11-25	>25	
NO ASISTENCIAL	Recuento	10	27	5	4	46
	% dentro de LT	21,7%	58,7%	10,9%	8,7%	100%
	Residuos	4,6	-1,6	-1,3	,6	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	7	83	14	5	109
	% dentro de LT	6,4%	76,1%	12,8%	4,6%	100%
	Residuos	,2	1,6	-1,5	-,9	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	1	2	0	2	5
	% dentro de LT	20,0%	40,0%	,0%	40,0%	100%
	Residuos	1,3	-1,4	-1,0	3,0	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	20	389	117	34	560
	% dentro de LT	3,6%	69,5%	20,9%	6,1%	100%
	Residuos	-3,9	-,1	3,0	-,8	
HOSPITAL NO URG	Recuento	17	134	26	15	192
	% dentro de LT	8,9%	69,8%	13,5%	7,8%	100%
	Residuos	1,9	,1	-1,8	,8	
UCMA	Recuento	0	0	1	0	1
	% dentro de LT	,0%	,0%	100,0%	,0%	100%
	Residuos	-,3	-1,5	2,1	-,3	
Total	Recuento	55	635	163	60	913
	% dentro de LT	6,0%	69,6%	17,9%	6,6%	100%

Tabla 21. Lugar de Trabajo*Preg 1

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 21	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,058 ^a	15	,000
Razón de verosimilitudes	42,118	15	,000
Asociación lineal por lineal	3,002	1	,083
N de casos válidos	913		

LUGARTRABAJO * PREG2		PREG2				Total
		EN NINGUNA	EN MENOS DE LA MITAD	EN MAS DE LA MITAD	EN TODAS	
NO ASISTENCIAL	Recuento	10	14	11	11	46
	% dentro de LT	21,7%	30,4%	23,9%	23,9%	100,0
	Residuos corregidos	4,4	,8	-1,7	-1,3	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	8	25	38	37	108
	% dentro de LT	7,4%	23,1%	35,2%	34,3%	100,0
	Residuos corregidos	,5	-,5	-,1	,3	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	1	0	2	2	5
	% dentro de LT	20,0%	,0%	40,0%	40,0%	100,0
	Residuos corregidos	1,2	-1,3	,2	,3	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	23	128	214	191	556
	% dentro de LT	4,1%	23,0%	38,5%	34,4%	100,0
	Residuos corregidos	-3,5	-1,9	2,3	1,2	
HOSPITAL NO URG	Recuento	16	60	57	56	189
	% dentro de LT	8,5%	31,7%	30,2%	29,6%	100,0
	Residuos corregidos	1,3	2,3	-1,8	-1,0	
UCMA	Recuento	0	1	0	0	1
	% dentro de	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0
	Residuos corregidos	-,3	1,7	-,7	-,7	
Total	Recuento	58	228	322	297	905
	% dentro de	6,4%	25,2%	35,6%	32,8%	100,0

Tabla 22. Lugar de Trabajo*Preg 2

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 22	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,295 ^a	15	,000
Razón de verosimilitudes	34,964	15	,002
Asociación lineal por lineal	1,084	1	,298
N de casos válidos	905		

LUGARTRABAJO * PREG3		PREG3				Total
		EN NINGUNA	MENOS DE LA MITAD	EN MAS DE LA MITAD	EN TODAS	
NO ASISTENCIAL	Recuento	14	7	18	7	46
	% dentro de LT	30,4%	15,2%	39,1%	15,2%	100,0%
	Residuos corregidos	5,5	-4,3	1,1	,3	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	6	36	51	15	108
	% dentro de LT	5,6%	33,3%	47,2%	13,9%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,2	-2,7	3,6	,0	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	1	1	2	1	5
	% dentro de LT	20,0%	20,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Residuos corregidos	,9	-1,2	,4	,4	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	32	293	158	72	555
	% dentro de LT	5,8%	52,8%	28,5%	13,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-3,8	5,5	-2,9	-1,0	
HOSPITAL NO URG	Recuento	24	74	60	30	188
	% dentro de LT	12,8%	39,4%	31,9%	16,0%	100,0%
	Residuos corregidos	2,3	-1,9	,0	,9	
UCMA	Recuento	0	1	0	0	1
	% dentro de LT	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,3	1,1	-,7	-,4	
Total	Recuento	77	412	289	125	903
	% dentro de LT	8,5%	45,6%	32,0%	13,8%	100,0%

Tabla 23. Lugar de Trabajo*Preg 3

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 23	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71,305 ^a	15	,000
Razón de verosimilitudes	63,923	15	,000
Asociación lineal por lineal	,853	1	,356
N de casos válidos	903		

LUGARTRABAJO * PREG4		PREG4				Total
		NUNCA	ALGUNA VEZ	FRECUENTE MENTE	SIEMPRE	
NO ASISTENCIAL	Recuento	9	22	12	2	45
	% dentro de LT	20,0%	48,9%	26,7%	4,4%	100,0%
	Residuos corregidos	,4	-,6	,6	-,4	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	11	56	30	8	105
	% dentro de LT	10,5%	53,3%	28,6%	7,6%	100,0%
	Residuos corregidos	-2,1	,0	1,5	,8	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	0	2	3	0	5
	% dentro de LT	,0%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,1	-,6	2,0	-,6	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	102	311	109	29	551
	% dentro de LT	18,5%	56,4%	19,8%	5,3%	100,0%
	Residuos corregidos	,5	2,5	-2,8	-1,1	
HOSPITAL NO URG	Recuento	39	84	49	14	186
	% dentro de LT	21,0%	45,2%	26,3%	7,5%	100,0%
	Residuos corregidos	1,2	-2,5	1,3	1,0	
UCMA	Recuento	0	0	1	0	1
	% dentro de LT	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,5	-1,1	1,8	-,3	
Total	Recuento	161	475	204	53	893
	% dentro de LT	18,0%	53,2%	22,8%	5,9%	100,0%

Tabla 24. Lugar de Trabajo*Preg 4

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 24	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,587 ^a	15	,093
Razón de verosimilitudes	22,947	15	,085
Asociación lineal por lineal	1,186	1	,276
N de casos válidos	893		

LUGARTRABAJO * PREG5		PREG5			Total
		NUNCA	SIN TRANSCEN.	ALGUNA RECLAM.	
NO ASISTENCIAL	Recuento	41	2	2	45
	% dentro de LT	91,1%	4,4%	4,4%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,2	,0	3,6	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	102	6	0	108
	% dentro de LT	94,4%	5,6%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,3	,6	-,8	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	2	2	1	5
	% dentro de LT	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-5,7	3,9	5,9	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	537	19	0	556
	% dentro de LT	96,6%	3,4%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	2,7	-1,9	-2,8	
HOSPITAL NO URG	Recuento	175	11	2	188
	% dentro de LT	93,1%	5,9%	1,1%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,4	1,1	1,1	
UCMA	Recuento	1	0	0	1
	% dentro de LT	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	,2	-,2	-,1	
Total	Recuento	858	40	5	903
	% dentro de LT	95,0%	4,4%	,6%	100,0%

Tabla 25. Lugar de Trabajo*Preg 5

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 25	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	69,683 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	28,250	10	,002
Asociación lineal por lineal	1,511	1	,219
N de casos válidos	903		

LUGARTRABAJO * PREG6		PREG6				Total
		DEBE EVITARSE	UTIL EXCEPCI.	UTIL EN GENERAL	PUEDE SUSTIT.	
NO ASISTENCIAL	Recuento	1	27	16	1	45
	% dentro de LT	2,2%	60,0%	35,6%	2,2%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,7	,2	,7	1,1	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	16	71	19	3	109
	% dentro de LT	14,7%	65,1%	17,4%	2,8%	100,0%
	Residuos corregidos	1,9	1,5	-3,3	2,5	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	1	3	1	0	5
	% dentro de LT	20,0%	60,0%	20,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	,8	,1	-,5	-,2	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	50	317	190	2	559
	% dentro de LT	8,9%	56,7%	34,0%	,4%	100,0%
	Residuos corregidos	-,8	-1,4	2,3	-1,8	
HOSPITAL NO URG	Recuento	19	114	58	1	192
	% dentro de LT	9,9%	59,4%	30,2%	,5%	100,0%
	Residuos corregidos	,2	,3	-,3	-,4	
UCMA	Recuento	0	1	0	0	1
	% dentro de LT	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,3	,8	-,7	-,1	
Total	Recuento	87	533	284	7	911
	% dentro de LT	9,5%	58,5%	31,2%	,8%	100,0%

Tabla 26. Lugar de Trabajo*Preg 6

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 26	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,023 ^a	15	,050
Razón de verosimilitudes	24,879	15	,052
Asociación lineal por lineal	,256	1	,613
N de casos válidos	911		

LUGARTRABAJO * PREG7	PREG7				Total	
	MENOR RIESGO	SIMILAR RIESGO	MAYOR RIESGO	MUCHO MAYOR		
NO ASISTENCIAL	Recuento	2	12	28	4	46
	% dentro de LT	4,3%	26,1%	60,9%	8,7%	100,0%
	Residuos corregidos	2,0	,6	-,6	-,6	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	1	11	71	26	109
	% dentro de LT	,9%	10,1%	65,1%	23,9%	100,0%
	Residuos corregidos	-,3	-3,3	,0	4,5	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	0	2	3	0	5
	% dentro de LT	,0%	40,0%	60,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,2	,9	-,2	-,8	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	5	137	365	53	560
	% dentro de LT	,9%	24,5%	65,2%	9,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,1	1,9	,0	-2,1	
HOSPITAL NO URG	Recuento	3	42	125	19	189
	% dentro de LT	1,6%	22,2%	66,1%	10,1%	100,0%
	Residuos corregidos	,5	-,1	,3	-,6	
UCMA	Recuento	0	0	1	0	1
	% dentro de LT	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,1	-,5	,7	-,4	
Total	Recuento	11	204	593	102	910
	% dentro de LT	1,2%	22,4%	65,2%	11,2%	100,0%

Tabla 27. Lugar de Trabajo*Preg 7

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 27	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,801 ^a	15	,005
Razón de verosimilitudes	30,287	15	,011
Asociación lineal por lineal	4,332	1	,037
N de casos válidos	910		

LUGARTRABAJO * PREG8		PREG8				Total
		INADECUADA	UTIL OCASIO.	COMPLEMENTAR.	SUSTIT.	
NO ASISTENCIAL	Recuento	1	3	39	3	46
	% dentro de LT	2,2%	6,5%	84,8%	6,5%	100,0%
	Residuos corregidos	-,9	-2,7	2,1	3,9	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	7	24	76	2	109
	% dentro de LT	6,4%	22,0%	69,7%	1,8%	100,0%
	Residuos corregidos	,8	-,2	-,4	1,0	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	0	1	4	0	5
	% dentro de LT	,0%	20,0%	80,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,5	-,1	,4	-,2	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	28	141	389	2	560
	% dentro de LT	5,0%	25,2%	69,5%	,4%	100,0%
	Residuos corregidos	,1	2,3	-1,6	-2,4	
HOSPITAL NO URG	Recuento	9	38	142	2	191
	% dentro de LT	4,7%	19,9%	74,3%	1,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,2	-1,0	1,0	,1	
UCMA	Recuento	0	0	1	0	1
	% dentro de LT	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,2	-,5	,6	-,1	
Total	Recuento	45	207	651	9	912
	% dentro de LT	4,9%	22,7%	71,4%	1,0%	100,0%

Tabla 28. Lugar de Trabajo*Preg 8

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 28	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,547 ^a	15	,018
Razón de verosimilitudes	23,802	15	,069
Asociación lineal por lineal	2,306	1	,129
N de casos válidos	912		

LUGARTRABAJO * PREG9		PREG9				Total
		POCO UTIL	UTIL A VECES	BASTANT. UTIL	IMPRESI NDIBLE	
NO ASISTENCIAL	Recuento	2	22	18	4	46
	% dentro de LT	4,3%	47,8%	39,1%	8,7%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,3	,5	,0	,7	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	13	56	36	3	108
	% dentro de LT	12,0%	51,9%	33,3%	2,8%	100,0%
	Residuos corregidos	,8	1,6	-1,4	-1,6	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	0	1	3	1	5
	% dentro de LT	,0%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,7	-1,1	1,0	1,3	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	61	242	222	30	555
	% dentro de LT	11,0%	43,6%	40,0%	5,4%	100,0%
	Residuos corregidos	1,3	-,8	,5	-1,2	
HOSPITAL NO URG	Recuento	14	82	77	18	191
	% dentro de LT	7,3%	42,9%	40,3%	9,4%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,4	-,5	,3	2,1	
UCMA	Recuento	0	1	0	0	1
	% dentro de LT	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,3	1,1	-,8	-,3	
Total	Recuento	90	404	356	56	906
	% dentro de LT	9,9%	44,6%	39,3%	6,2%	100,0%

Tabla 29. Lugar de Trabajo*Preg 9

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 29	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,368 ^a	15	,297
Razón de verosimilitudes	18,262	15	,249
Asociación lineal por lineal	1,924	1	,165
N de casos válidos	906		

LUGARTRABAJO * PREG10		PREG10				Total
		EN NINGUNO	EN PROC URGENT.	EN CRONICO	EN AMBOS	
NO ASISTENCIAL	Recuento	11	4	23	8	46
	% dentro de LT	23,9%	8,7%	50,0%	17,4%	100,0%
	Residuos corregidos	-2,0	2,2	,1	1,9	
URGENCIAS/EMERG	Recuento	51	5	43	8	107
	% dentro de LT	47,7%	4,7%	40,2%	7,5%	100,0%
	Residuos corregidos	2,2	,9	-2,1	-,8	
CENTRO COORDINADOR	Recuento	2	2	1	0	5
	% dentro de LT	40,0%	40,0%	20,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	,1	4,7	-1,3	-,7	
ATENCION PRIMARIA NO URG	Recuento	218	14	275	50	557
	% dentro de LT	39,1%	2,5%	49,4%	9,0%	100,0%
	Residuos corregidos	1,1	-1,5	-,1	-,6	
HOSPITAL NO URG	Recuento	61	4	107	20	192
	% dentro de LT	31,8%	2,1%	55,7%	10,4%	100,0%
	Residuos corregidos	-1,9	-1,0	1,9	,5	
UCMA	Recuento	0	0	1	0	1
	% dentro de LT	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Residuos corregidos	-,8	-,2	1,0	-,3	
Total	Recuento	343	29	450	86	908
	% dentro de LT	37,8%	3,2%	49,6%	9,5%	100,0%

Tabla 30. Lugar de Trabajo*Preg 10

Pruebas de chi-cuadrado, tabla 30	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,643 ^a	15	,000
Razón de verosimilitudes	29,392	15	,014
Asociación lineal por lineal	1,300	1	,254
N de casos válidos	908		

5.4.3. Árbol de Agregación

En referencia a las 10 cuestiones planteadas y atendiendo a las variables en estudio, agrupadas según árbol de agregación, se han encontrado cuatro grupos bien diferenciados. Tras la aplicación del paquete estadístico SPAD (“Systeme Portable pour l’Analyse des Données”), se ha realizado un corte transversal en las ramas del árbol jerárquico (**figura 6**) con una significación estadística del 99% obteniéndose 4 agrupaciones de variables que mantienen una estrecha relación.

Estas agrupaciones constituyen parte de la base de las conclusiones del estudio. Después de la agregación y corte del árbol todavía se aplica una última fase de reasignación de casos, hasta lograr la clasificación definitiva, motivo por el que los porcentajes varían sensiblemente.

Mixed Clustering

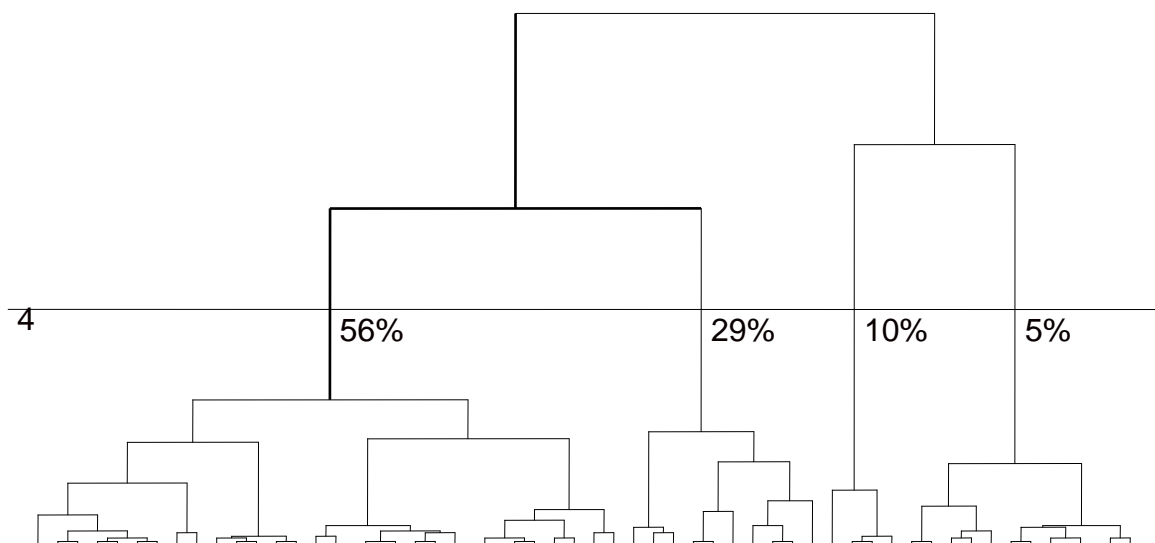


Figura 6. Árbol de agregación encuestas

Characterisation by categorical variables of partition CUT "a" OF THE TREE INTO 4 CLUSTERS

Variable label	Khi-2	Degrees of freedom	Theoretic counts inferior to 5	Test-value	Probability
PREG1	815,99	9	2	99,99	0,000
PREG6	812,77	12	9	27,46	0,000
PREG2	739,29	12	5	26,10	0,000
PREG3	725,02	12	4	25,83	0,000
PREG7	617,16	12	7	23,69	0,000
PREG9	432,82	12	6	19,51	0,000
PREG4	320,79	12	3	16,50	0,000
PREG8	317,17	12	10	16,39	0,000
PREG10	173,78	12	7	11,48	0,000
PREG5	147,79	9	9	10,77	0,000
LUGARTRA	58,12	15	9	4,88	0,000
CATEGORÍ	12,91	3	0	2,59	0,005
SEXO	8,58	6	2	0,85	0,199
EDAD	14,16	12	4	0,55	0,290
PROVINCI	16,27	15	1	0,35	0,365

Characterisation by categories of groups of CUT "a" OF THE TREE INTO 4 CLUSTERS

Group: CLUSTER 1 /4 (Count: 474 - Percentage: 51.92)

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in global (913)	Test-value	Probability	Weight
PREG6	UTIL EXCEPCIONALM.	86,50	58,38	18,47	0,000	533
PREG7	MAYOR RIESGO	88,40	64,95	15,82	0,000	593
PREG9	UTIL A VECES	61,81	44,25	11,19	0,000	404
PREG3	EN MAS DE LA MITAD	46,62	31,65	10,24	0,000	289
PREG4	FRECUENTEMENTE	31,86	22,34	7,22	0,000	204
PREG1	ENTRE 1 Y 10	77,43	69,55	5,31	0,000	635
PREG2	MENOS DE LA MITAD	31,65	24,97	4,80	0,000	228
PREG8	UTIL OCASIONAL	28,90	22,67	4,63	0,000	207
PREG10	EN CRONICO CONOCIDO	54,64	49,29	3,30	0,000	450

Group: CLUSTER 2 /4 (Count: 289 - Percentage: 31.65)

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in set	Test-value	Probabilit y	Weight
----------------	---------------------------	------------------------	----------------------	------------	--------------	--------

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

PREG6	UTIL EN GENERAL	78,20	31,11	20,96	0,000	284
PREG7	SIMILAR RIESGO	56,75	22,34	16,57	0,000	204
PREG3	MENOS DE LA MITAD	75,09	45,13	12,47	0,000	412
PREG9	BASTANTE UTIL	66,44	38,99	11,48	0,000	356
PREG10	EN AMBOS	22,15	9,42	8,48	0,000	86
PREG8	COMPLEMENTARIA	88,93	71,30	8,39	0,000	651
PREG2	EN TODAS	48,44	32,53	6,82	0,000	297
PREG9	IMPRESINDIBLE	14,19	6,13	6,47	0,000	56
PREG4	ALGUNA VEZ	65,74	52,03	5,61	0,000	475
PREG1	MAS DE 25	12,11	6,57	4,28	0,000	60
PREG1	ENTRE 11 Y 25	25,26	17,85	3,81	0,000	163
LUGART.	ATENCION PRIMARIA	68,86	61,34	3,13	0,001	560
PREG2	EN MAS DE LA MITAD	42,21	35,27	2,90	0,002	322
PREG4	NUNCA	23,18	17,63	2,86	0,002	161
EDAD	EDAD 41-50	39,79	34,06	2,40	0,008	311

Group: CLUSTER 3 / 4 (Count: 101 - Percentage: 11.06)

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in set	Test-value	Probability	Weight
PREG6	DEBE EVITARSE	62,38	9,53	14,85	0,000	87
PREG7	MUCHO MAYOR RIESGO	63,37	11,17	14,00	0,000	102
PREG9	POCO UTIL	50,50	9,86	11,49	0,000	90
PREG3	EN TODAS	56,44	13,69	11,00	0,000	125
PREG8	INADECUADA	34,65	4,93	10,82	0,000	45
PREG10	EN NINGUNO	78,22	37,57	8,75	0,000	343
PREG2	MENOS DE LA MITAD	48,51	24,97	5,36	0,000	228
PREG1	ENTRE 1 Y 10	87,13	69,55	4,22	0,000	635
PREG4	SIEMPRE	16,83	5,81	4,15	0,000	53
PREG8	UTIL OCASIONAL	35,64	22,67	3,05	0,001	207
PREG2	EN NINGUNA	13,86	6,35	2,79	0,003	58

Group: CLUSTER 4 / 4 (Count: 49 - Percentage: 5.37)

Variable label	Characteristic categories	% of category in group	% of category in set	Test-value	Probability	Weight
PREG1	NINGUNA CONSULTA	97,96	6,02	17,76	0,000	55
PREG2	EN NINGUNA	81,63	6,35	14,31	0,000	58
PREG3	EN NINGUNA	75,51	8,43	12,07	0,000	77
PREG4	missing category	28,57	2,19	7,69	0,000	20
PREG4	NUNCA	46,94	17,63	4,75	0,000	161
LUGART.	NO ASISTENCIAL	20,41	5,04	3,80	0,000	46
CATEG.	MEDICINA	59,18	39,21	2,76	0,003	358

GRUPO 1: 474 encuestados (51,92%)

Este grupo lo constituye un perfil de profesionales que en el último mes ha atendido **menos de 10 consultas a distancia**, ha dado consejos en menos de la mitad de los casos, recomendando una consulta médica presencial en más de la mitad y quedando frecuentemente insatisfecho con su propia respuesta. Este grupo opina que la **consulta a distancia es útil excepcionalmente**, principalmente en pacientes crónicos y ocasionalmente en urgencias; piensa que esta práctica genera mayor riesgo que la presencial, y considera que **sólo se podría emitir un juicio diagnóstico a distancia en el paciente crónico conocido**.

No hay diferencias significativas en cuanto a edad, sexo o lugar de trabajo en este grupo. Podemos inferir que este es un **“grupo cauteloso”** que reconoce limitaciones y problemas en la consulta a distancia, dejando esta práctica para situaciones en las que no sea posible aplicar una consulta presencial.

GRUPO 2: 289 (31,65%)

Este grupo lo componen profesionales que en el último mes han atendido **entre 11 y 25 consultas a distancia en un 67,59%**, y **más de 25 en el 32,41% restante**. El 50% de ellos han dado consejos en más de la mitad de los casos, y el otro 50% en todos los casos, recomendando una consulta médica presencial en menos de la mitad de las ocasiones; quedando insatisfecho con su propia respuesta alguna vez o nunca. Este grupo considera que la **consulta a distancia es útil en general**, genera similar riesgo que la presencial, es imprescindible en urgencias, complementaria en pacientes crónicos; y considera que **se podría emitir un juicio diagnóstico a distancia en ambos tipos de pacientes**.

En este grupo sí hay diferencias significativas en cuanto a edad y lugar de trabajo, **predominando los profesionales de Atención Primaria (68,86%) comprendidos en la franja de edad entre 41 y 50 años**. Este sería un **grupo “propicio”** hacia esta práctica a distancia, la utiliza habitualmente, y la contempla como una herramienta complementaria a la actividad presencial.

GRUPO 3: 101 (11,06%)

Este grupo lo constituye un perfil de profesionales que en el último mes ha atendido **menos de 10 consultas a distancia**, ha dado consejos en menos de la mitad de los casos, **recomendando una consulta médica presencial en todos los casos** y quedando siempre insatisfecho con su propia respuesta. Este grupo opina que la **consulta a distancia debe evitarse**, es inadecuada para pacientes crónicos, poco útil en urgencias; piensa que esta práctica genera **mucho mayor riesgo que la presencial**, y considera que **no se debería emitir un juicio diagnóstico a distancia en ningún caso**.

No hay diferencias significativas en cuanto a edad, sexo o lugar de trabajo en este grupo. Es un **grupo “crítico”** hacia esta actividad a distancia. No ve utilidad real y la considera una actividad demasiado arriesgada.

GRUPO 4: 49 (5,37%)

Este grupo lo constituyen profesionales que en el último mes afirman no haber atendido ninguna consulta. No hay diferencias significativas en cuanto a edad, sexo o lugar de trabajo en este grupo, aunque incluye a la mayor parte de los profesionales de gestión (el 20,41% del grupo son No-Asistenciales); y manifiestan opiniones muy diversas en las respuestas a las diferentes cuestiones planteadas. La homogeneidad de este **grupo que denominaremos “indiferente”**, radica en su falta de experiencia actual con consultas a distancia, pero no hay un patrón de diferencias significativas en las respuestas con respecto a otros grupos.

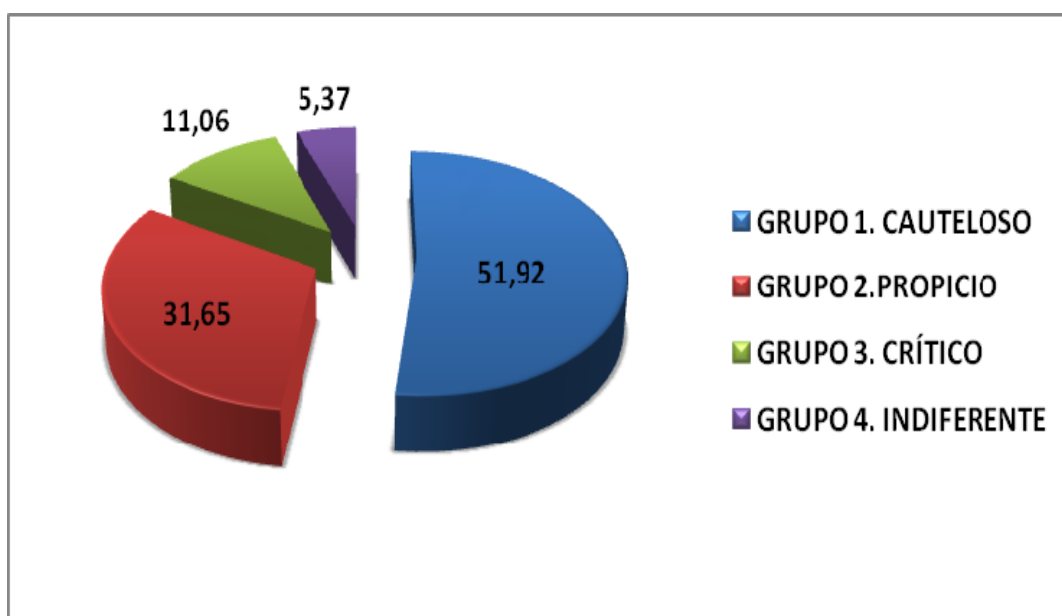


Gráfico 17. Grupos homogéneos encuesta

DISCUSIÓN

6. Discusión

Se han encontrado varias limitaciones potenciales en este trabajo. En primer lugar, **la escasez de referencias bibliográficas para poder contrastar y poner en valor los resultados**. En segundo lugar, **el sesgo que supone**, a pesar de la amplitud de la muestra, la elección de un escenario muy dirigido a la atención urgente, lo que dificulta generalizar resultados a otros contextos clínicos y otro tipo de pacientes. No obstante, la existencia de un Centro Coordinador con médico las 24 horas, que cuenta en su Cartera de Servicios con la Consulta Médica Telefónica provoca un “efecto llamada”, sin que el nivel de urgencia sentida sea acorde al de urgencia real en muchos casos, lo que amplía el abanico de tipos de consultas estudiadas a las “no-urgentes”. En el apartado de la encuesta, cabe destacar que, si bien el correo corporativo es en general poco utilizado por los profesionales, y que las fechas estivales limitan la respuesta de los mismos a este tipo de cuestionarios autoadministrados *online*, la participación ha sido importante y suficiente para extraer conclusiones extrapolables al conjunto de profesionales sanitarios (casi 1.000 encuestas válidas).

El Objetivo de la Consulta Telefónica debiera ser, aportar al paciente **información complementaria** sobre su proceso asistencial, así como **consejos que minimicen el paso innecesario por centros sanitarios** para procesos banales que solo precisan medidas accesibles en el propio domicilio. No obstante, a tenor de los resultados obtenidos (6.569 pacientes trasladados al hospital y 22 exitus), se deduce que en muchas ocasiones, el propio paciente o su entorno desconocen realmente si necesita asistencia sanitaria o sólo una simple consulta telefónica, **lo que implica un primer riesgo de error en el propio acceso al sistema por esta vía**.

La edad de los pacientes para los que se hace la consulta médica, en la mitad de los casos está comprendida entre los 19 y los 65 años, lo que incluye a la mayor parte de la población activa. Este indicador es fundamental para poner en valor el papel de la consulta médica, que no sólo evita los desplazamientos innecesarios a centros sanitarios, sino que podría evitar parte de las ausencias laborales para “consulta médica presencial”.

Aspectos Éticos y Médico-Legales en Telemedicina: La Consulta Médica Telefónica

No hay diferencias significativas en cuanto a sexo (aunque predominan mujeres). Llama la atención que las consultas nocturnas presentan una mayor frecuencia (40,5%).

Es destacable que, de todas las consultas médicas objeto del estudio, sólo existe relación médico-paciente telefónica directa en el 24,2% de los casos, siendo en el resto una relación indirecta a través de familiares u otros interlocutores, por lo que se dificultan muchos de los factores éticos y legales que se han considerado en este trabajo (destaca la dificultad para considerar la *propia autonomía del paciente a través de terceros*).

A pesar de estos potenciales riesgos éticos y medicolegales en el acceso a la consulta médica no presencial, es destacable que el árbol de agregación de consultas médicas, nos presenta un grupo que representa a casi el 60% de las consultas médicas analizadas, las cuales han sido resueltas con consejo médico y recomendaciones en un 99% de los casos, a pesar de haber sido realizadas en más del 60% de ellas por algún familiar, y no por el propio paciente.

Los Profesionales Sanitarios afrontan esta práctica de forma muy diversa. Observando el árbol de agregación de encuestas, encontramos que, el Grupo 1: “Cauteloso” engloba a más del 50% de los médicos y profesionales de enfermería, quienes ven esta práctica como algo arriesgado y sólo útil en casos muy concretos. El Grupo 2: “Propicio” (más del 30%) tiene incorporada esta herramienta en su actividad diaria como algo complementario a la actividad presencial sin grandes problemas. Sólo un 11,06% de los profesionales piensan que debe ser evitada. En definitiva parece que se acepta y se aprecia su utilidad, aunque a muchos preocupa la ausencia de ciertos elementos de juicio presentes en la consulta presencial. De hecho el 53,2% afirma haber quedado insatisfecho alguna vez con su propia respuesta a una consulta no presencial.

En referencia a la falta de sentencias judiciales significativas sobre este asunto, junto a la ausencia en la encuesta a profesionales de problemas importantes más allá de simples reclamaciones administrativas derivados de esta práctica, **cabe deducir que en principio no plantea más problemas legales que la consulta presencial**. No obstante destaca que el 65% de los profesionales ve mayor riesgo, el 11% mucho mayor riesgo, y sin embargo en el 95% de las consultas no se ha generado ningún problema (reclamaciones, etc.). Cabe

destacar también, que en la única sentencia encontrada y directamente relacionada con la consulta no presencial, se pone en valor la intervención presencial del médico, y se relega la consulta a distancia, básicamente a la interconsulta entre médicos, con carácter general y más allá del asunto con resultado desfavorable que se trataba en dicha sentencia.

En base a la bibliografía consultada se deduce que este tipo de actividades son complementarias, útiles y eficientes especialmente en **entornos rurales alejados** y en **pacientes conocidos** previamente en una consulta presencial, coincidiendo con la toma de posición de la Asociación Médica Mundial sobre las responsabilidades y las directrices éticas ligadas a la práctica de la telemedicina. De hecho, los profesionales ven esta herramienta especialmente útil con carácter complementario (71,4%) en el seguimiento de sus pacientes crónicos, y especialmente en zonas rurales alejadas (84%). Los pacientes crónicos conocidos son por tanto una población diana interesante para este tipo de atención, especialmente dirigida al seguimiento de patologías concretas.

Desde el punto de vista ético, los principales problemas detectados derivan de las dificultades para preservar la Autonomía del paciente en un entorno de comunicación más limitado, y la Beneficencia de este tipo de consulta no presencial, que no debería perseguir sustituir a la presencial sino complementarla. No obstante parece que desde el punto de vista de la Justicia, estas prácticas bien dimensionadas disminuirían costes de oportunidad en la utilización de los recursos (siempre limitados), siempre que contaran con los elementos de seguridad adecuados.

Si estos resultados fueran reproducidos en otros contextos, y al hilo de las referencias bibliográficas consultadas, la extensión de la Teleconsulta a Atención Primaria y Especializada como consultas de seguimiento, tendrían un gran atractivo **para los pacientes** que no tendrían que acudir de forma innecesaria a centros sanitarios; **para los médicos** que tendrían un mejor y más eficiente seguimiento de sus pacientes crónicos; y **para los responsables** en materia sanitaria, que podrían disminuir las listas de espera de consultas y optimizar el tiempo de los profesionales.

La mayoría de los artículos que calculan costes, y muchos de los que miden efectividad, hacen referencia a la variable, **descenso en el número de pacientes transferidos**. Todos

están de acuerdo con este resultado, que considero de interés por su influencia en evitar traslados innecesarios, la descarga de servicios especializados y el aumento de la toma de decisiones en los niveles de atención primaria, aunque valoran más la Consulta Médica denominada *Interconsulta* entre profesionales que la *Consulta* directa médico-paciente. Esto cobra un especial interés en el contexto actual de crisis económica, en el que se aboga por desarrollar tanto el modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas como el espacio sociosanitario alternativo a la hospitalización³⁹.

No obstante no se puede generalizar su uso para todos los procesos asistenciales, ni para todos los pacientes, y habría que estimar los tiempos de dedicación a esta modalidad asistencial y considerarla en el entorno organizativo sanitario actual.

En definitiva, en función de las variables y a la información considerada en este trabajo tenemos, en un lado de la balanza, que la *consulta médica a distancia*, como forma más elemental de Telemedicina, está poco normalizada, crea incertidumbre entre los profesionales sanitarios, y puede generar algún conflicto ético si no se usa en el marco asistencial adecuado; y por otro lado esta incertidumbre no tiene reflejo en la realidad, pues la consulta a distancia funciona de forma razonablemente bien, complementando a la consulta presencial, introduciendo mejoras en el seguimiento de algunos grupos de pacientes y permitiendo en general una mejor utilización de los recursos.

³⁹ Jornada: ¿Salvar el Sistema Nacional de Salud?. Fundación Salud y Sociedad, el Hospital Clínico de Barcelona y Novartis. Diciembre 2010.

http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_version_imp.php?op=NOTICIAS&idreg=27702

CONCLUSIONES

7. Conclusiones

PRIMERA.- *La consulta médica no presencial*, como forma más elemental de Telemedicina, constituye un *acto médico* que puede disminuir la utilización de recursos sanitarios, **reduciendo en un 69,3% de los casos los desplazamientos innecesarios** a centros sanitarios. Es especialmente útil como herramienta complementaria en el seguimiento del paciente crónico, en el escenario rural alejado; y **no se debe intentar generalizar a todos los procesos asistenciales** según las posibilidades actuales de la ciencia.

SEGUNDA.- *La consulta médica a distancia* crea incertidumbre entre los profesionales sanitarios (**53,2% de insatisfacción con la propia respuesta**). Más del 50% de los profesionales sanitarios ven esta práctica como algo arriesgado y sólo útil en casos muy concretos; en cambio más del 30% tienen incorporada esta herramienta en su actividad diaria funcionando de forma razonablemente bien y permitiendo en general una mejor utilización de los recursos.

TERCERA.- La calidad de la información es **teóricamente mejor** si proviene de la fuente principal -el paciente-; pero en el **grupo homogéneo que mejor caracteriza a las consultas médicas telefónicas** (58,47% del total), la consulta fue realizada por un tercero (familiares) en el 65% de los casos, y se resolvió de forma óptima (con consejo sanitario y recomendaciones) en un **98%**. Por tanto, si bien la falta de contacto con el paciente pudiera comprometer su autonomía, no necesariamente implica una peor resolución de la Teleconsulta.

CUARTA.- La Teleconsulta **disminuye la utilización de servicios médicos sin influir de forma negativa en la seguridad del paciente ni creando riesgos legales** para el profesional y las instituciones, más allá de los inherentes a cualquier acto médico presencial. Para ello debe tratarse de un paciente conocido o tener acceso a la información de su historia clínica, la teleconsulta debe ser gestionada de forma reglada y el profesional debe tener conocimientos suficientes de los límites de este ámbito asistencial.

QUINTA.- Es posible y necesario mejorar la Consulta Médica Telefónica; toda comunicación que se genere en el contexto de una Teleconsulta entre el médico y su paciente debe estar **documentada en la Historia Clínica**. Además es necesario **que los interrogatorios médicos telefónicos estén estandarizados**, y que se determine siempre la necesidad o no de **complementar la consulta a distancia con una presencial**.

RECOMENDACIONES

8. Recomendaciones

- Previamente a la implantación de tecnologías de la información y comunicación para la salud en el acto médico, es necesaria una adecuada planificación, así como prever las posibles consecuencias derivadas de problemas de transmisión y/o errores diagnósticos, a través de **protocolos telefónicos dirigidos a descartar la necesidad de ampliar la Consulta Médica Telefónica** con una Consulta Presencial que permita la exploración clínica.
- **El Profesional que realiza este tipo de acto médico debe tener una formación especial** dirigida a las habilidades de comunicación telefónica, así como conocimientos sobre los problemas éticos y medicolegales de esta actividad asistencial.
- **La utilización de la consulta telefónica (o vía WEB) no debe interferir con los principios básicos de la relación médico-paciente**, que son el respeto mutuo, la independencia del juicio clínico, la autonomía del paciente y el secreto profesional. Nunca se deben suplir los contactos personales, que son la base de la relación médico-paciente. El correo electrónico y otras formas de comunicación electrónica sólo deberían utilizarse para facilitar-realzar-potenciar esta relación interpersonal.
- Deben asegurarse medidas de seguridad adecuadas para garantizar la confidencialidad de la información, y **abstenerse de practicar Telemedicina** cuando el médico no esté seguro de la eficacia y calidad del equipo técnico, o bien cuando no tenga los conocimientos, la capacidad, las informaciones o los datos suficientes del paciente para poder formular adecuadamente su punto de vista. La seguridad de las Comunicaciones por las que circulan los datos sobre la salud de las personas constituye un imperativo ético; sin olvidar que además, estos datos sanitarios están considerados legalmente como *datos especialmente protegidos*. Con carácter previo a la introducción de innovaciones en Telemedicina en el campo sanitario deben tenerse en cuenta los principios de la dignidad humana, de autonomía, de justicia, de anticipación de beneficios y de solidaridad. Debe prestarse especial atención al Principio de Autonomía en un contexto donde los elementos de toma de decisiones están mermados por el factor distancia.

- Por último considero, según lo investigado, que es necesaria una **producción científica en Teleconsulta y otras aplicaciones de la Telemedicina con más calidad metodológica**, que nos permita comparar esta actividad asistencial con otras -presenciales-, en cuanto a eficiencia y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

9. Bibliografía

Estrategia de búsqueda a través de PUBMED para acceso a bases de datos bibliográficas de MEDLINE. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

1. **Terminología empleada según sistema de indexado de artículos “MeSH”:**
 - Consultation, Remote
 - Teleconsultation
 - Teleconsultations

2. **Límites de la Búsqueda:** published in the last 10 years, only items with links to full text, only items with abstracts, Clinical Trial, Editorial, Meta-Analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, Review, Classical Article, Clinical Conference, Journal Article, Legal Cases, Legislation, Multicenter Study, English, Italian, Spanish, Bioethics, Complementary Medicine, Space Life Sciences, Systematic Reviews, MEDLINE, PubMed Central.

3. **Estrategia de Búsqueda:**

("telemedicine"[MeSH Terms] OR "telemedicine"[All Fields]) AND ("telephone"[MeSH Terms] OR "telephone"[All Fields] OR "phone"[All Fields]) AND remote[All Fields] AND ("loattrfull text"[sb] AND hasabstract[text] AND "2000/01/01"[PDat] : "2010/12/31"[PDat] AND (English[lang] OR Italian[lang] OR Spanish[lang]) AND (bioethics[sb] OR cam[sb] OR space[sb] OR systematic[sb] OR Medline[sb] OR pubmed pmc local[sb]) AND (Clinical Trial[ptyp] OR Editorial[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Classical Article[ptyp] OR Clinical Conference[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Legal Cases[ptyp] OR Legislation[ptyp] OR Multicenter Study[ptyp]))

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. II Documento marco del Grupo de Trabajo para la Racionalización y la Financiación del Gasto Sanitario en Cataluña. Barcelona 2010.

2. Sánchez Losada JA. Toma de Decisiones en Urgencias Sanitarias. Puesta al día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes 2001; 2: 197-201.
3. Heller R. La toma de decisiones. Ed. Grijalbo. Madrid 1998.
4. Gómez Rubí JA. La influencia de la escasez de recursos en la limitación del esfuerzo terapéutico. En: *Ética y costes de la Medicina Intensiva*. Barcelona 1996; 97-103.
5. Borrella F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A y Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 262-273.
6. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo: Historia y teoría (2 ed.). Alianza. Madrid 1983.
7. Sánchez-Caro J, Abellán F. Telemedicina y Protección de Datos Sanitarios. Fundación 2000. Granada 2002.
8. Herranz Rodríguez G. *Aspectos Éticos de la Telemedicina*, en el VII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, Madrid, Octubre de 2000. Ed. Fundación Mapfre Medicina 2001.
9. Asamblea General de la AMM 1999. Traducción de esta declaración en *Actualidad del Derecho Sanitario*, Tel Aviv (Israel) 2000; 62: 481-484.
10. Comité Permanente de Médicos Europeos. *Principios Éticos de la Telemedicina*, 1996.
11. Del Pozo Guerrero F, Gómez Aguilera EJ. «Telemedicina: una visión del pasado y del futuro», *Revista Todo Hospital (Monográfico Telemedicina)*. 2001.
12. Wulff HR. The inherent paternalism in clinical practice. *J Med Philos* 1995; 21: 269-275.
13. Gracia D. Fundamentos de bioética. Eudema. Madrid 1989.
14. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999. (Traducción de Principles of biomedical Ethics [4.a ed.]. Nueva York: Oxford University Press, 1994).
15. Ruiz Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 2003; 32(10): 594-602.
16. Ferrer-Roca JA, Abreu Reyes R, Abreu González M, Suarez Delgado E. *Capacitación médica en la sociedad de la información*. *Rev. Clín. Esp.* 2001; 201: 315-321.
17. Sentencia núm. 429/2005 de 12 diciembre. Audiencia Provincial de Asturias (Sección 4ª)

18. Informe de Evaluación de Telemedicina. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla 1999.
19. Wasson J et al. Asistencia telefónica como sustituto de las consultas rutinarias de seguimiento. JAMA 1992; 267: 1788-93.
20. Darkins A, Dearden CH, Roche LG, Martin JB, Sibson L, Wootton R. An evaluation of telemedical support for a minor treatment centre. J Telemed Telecare 1996; 2: 93-99.
21. Jennett PA, Watanabe M, Hall WG. The use of advanced computer technology to enhance access to health care and to respond to community needs: the results of the evaluation of a technology-based clinical consultation service. Medinfo 1995; 8 (2): 1479-81.
22. Stanberry B. Legal and Ethical aspects of Telemedicine. Telemedicine and malpractice. Journal of Telemedicine and Telecare, 1998; 4: 2.
23. Sentencia núm. 106/2008 de 13 marzo. Audiencia Provincial de Murcia (Sección 1ª)
24. Directiva 97/66 del Parlamento y del Consejo de Europa, de 15 de diciembre de 1997, relativa al tratamiento de datos personales y a la protección de la intimidad en el sector de las telecomunicaciones.
25. Principios Éticos de la Telemedicina. Comité Permanente de Médicos Europeos, CP 97/33, Markku Aarimaa, 28 de noviembre de 1996.
26. Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada y proclamada por la 183.ª Asamblea General de la ONU, el 10 de diciembre de 1948.
27. Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, sobre la regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal (LORTAD).
28. Código de Ética y Deontología Médica de 1999, de la Organización Médica Colegial.
29. Amérigo JA, Suárez García E. *Telemedicina-La salud en el siglo XXI*. Estudio Editorial, 2001.
30. Palau E. «Telemedicina: un intento de aproximación desde lo sanitario». Revista *Administración Sanitaria*, 2001; 5(19)
31. Pompidou A. Prólogo de la obra '*Telemedicina*' de Olga Ferrer-Roca. Ed. Panamericana. 2001.
32. Monteagudo Peña JL. «Telemedicina». Revista *Informática y Salud*, 2001; 29.
33. Sánchez-Caro J. *El Médico y la Intimidad*, Ed. Díaz de Santos. Madrid 2001.

REFERENCIAS WEB

34. Perales Cabrera A. El Acto Médico: Criterios, definición y límites. Revista electrónica DIAGNÓSTICO, 2001; 40(1).
<http://www.fihudiagnostico.org.pe/revista/numeros/2001/enefeb01/46-52.html#1>
35. Roberts A, Heaney D, Hadow G. Implementation of a national nurse-led telephone health service in Scotland: assessing the consequences for remote and rural localities. *Rural and Remote Health*. Online, 2009; 9: 1079.
<http://www.rrh.org.au>
36. González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. Revisión.
http://mail.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2001/Junio2.pdf
37. Clark R, Inglis S, McAlister F, Cleland J, Stewart S. Telemonitoring or structured telephone support programmes for patients with chronic heart failure: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2007; 334: 942.
<http://bmj.com/cgi/content/full/334/7600/942>
38. Sánchez Losada JA, Albarrán Juan ME, Romero Sánchez S. Análisis médico-legal de la consulta médica telefónica: riesgos legales profesionales y seguridad del paciente. *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. ISSN 1885-9577. Febrero de 2010.
<http://revistas.ucm.es/med/18873278/articulos/REML1010130031A.PDF>

ANEXOS

10. ANEXOS

10.1. Glosario de Términos

Alertante: persona que llama al 1-1-2 solicitando algún servicio para sí mismo o un tercero. Puede ser un usuario o un profesional (sanitario o no sanitario).

Centro Coordinador: Unidad de gestión de llamadas y recursos, principalmente relacionados con la atención sanitaria urgente, al que se accede a través de números de teléfono de marcación abreviada: 1-1-2, 0-6-1, etc.

Consejo médico: aquellas llamadas en las que al usuario se le aporte como respuesta: información de tipo médico, interacciones de medicamentos o enfermedades (consejos ante un episodio gripal, etc.), medidas físicas, analgésicos, medidas higiénicas o dietéticas, etc.

Demanda: Conjunto de solicitudes de ayuda que se reciben en el centro. El interrogatorio del alertante permite la clasificación de la llamada para definir el tipo de demanda.

Escucha atenta: Entendemos por *escucha atenta*, la actitud de absoluta disponibilidad hacia el interlocutor mientras habla. Presupone la interrupción de cualquier otra actividad no relacionada con la llamada que se esté atendiendo. Tiene relación con la concentración, permite la recogida y memorización de cualquier información facilitada por el interlocutor, que haga innecesarias preguntas posteriores.

Escucha activa: consideramos escucha activa el nivel de escucha en el que se hace presente al otro nuestra atención. Para ello se intercalan breves fórmulas (“sí”, “claro”, “ya entiendo”, “comprendo”, etc.) que permiten ratificar que entendemos lo que dice nuestro interlocutor. Además, permite que la persona al otro lado del teléfono, que no nos ve, sepa que estamos ahí, intentando comprender qué le ocurre.

Incidente: Es todo hecho o situación concreta que ha generado una alerta en la sala operativa del centro coordinador.

Interconsulta: consulta de un profesional sanitario a otro a propósito de un paciente.

Intervención: Es cada uno de los medios (Recursos) concretos con los que se realiza un servicio.

Servicios con movilización de recursos: Desplazando al lugar de los hechos a algún equipo, persona o medio sanitario.

Servicios sin movilización de recursos: La respuesta se realiza directamente desde el centro coordinador a través de consejo sanitario, indicaciones o recomendaciones.

Teleasistencia: Teleconsulta con intervención sanitaria.

Teleconsulta: consulta sanitaria realizada a distancia entre paciente y profesional sanitario o entre dos profesionales sanitarios.

Tipo de demanda: Unidad principal de clasificación que lleva asociado un interrogatorio dirigido previo.

Tipo de recurso: Nombre genérico que se puede aplicar a un grupo de recursos que tienen determinadas características comunes.

10.2. Sentencia

Sentencia núm. 106/2008 de 13 marzo. **Audiencia Provincial de Murcia (Sección 1ª)**. AC 2008\978. **Jurisdicción:** Civil. Recurso de Apelación núm. 296/2007.

MEDICOS Y PROFESIONALES SANITARIOS: RESPONSABILIDAD: existencia: feto: fallecimiento: diagnóstico erróneo, por teléfono y sin practicar todas las pruebas diagnósticas previas en atención al sangrado de la madre: responsabilidad de ginecólogo y aseguradora: ausencia de responsabilidad de matrona (que actuó correctamente) y del centro sanitario (del que no dependía jerárquicamente el médico).

ANTECEDENTES DE HECHO

El **Juzgado de Instancia citado con fecha 22 de diciembre de 2006**, dictó en los autos principales de los que dimana el presente rollo la Sentencia cuya parte dispositiva dice así:
"1.- **Que estimando parcialmente la demanda** formulada por Doña xxxxxx, representada por el procurador D. xxxxxx, **contra D. xxxxxx**, representado por el procurador D. xxxxxx, la mercantil "**Clínica xxxxxx SA**", representada por el procurador D. xxxxxx, y la mercantil "**Asistencia xxxxxx**", representada por el procurador D. xxxxxx, **debo condenar y condeno a los demandados a que abonen solidariamente a la actora la suma de noventa mil euros (90.000) de principal más el interés legal de la citada cantidad desde la fecha de presentación de la demanda y al pago de las costas procesales.**

2. Que desestimando la demanda en cuanto formulada contra **Doña xxxx**, representada por el procurador D. xxxxxx, debo de **absolver y absuelvo a la demandada** de las

pretensiones formuladas en su contra con expresa condena al pago de las costas procesales a la parte actora".

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Por la prueba pericial y documental practicadas se desprende que la citada demandada (matrona) prestó a la demandante la asistencia que le era exigible, exploración tocológica y monitorización materno-fetal, y **puso en conocimiento del ginecólogo** que la asistía en el embarazo, el codemandado Sr. xxxxx, los resultados de ambos, sin que, por una parte, el hecho de que no le indicase que viese a la paciente, resulte determinante, pues una vez que el facultativo conocía las circunstancias que concurrían, la decisión de visitarla y explorarla directamente no requiere ni depende de ninguna indicación, y en tal sentido resulta del interrogatorio del mismo que no consideró necesaria una comprobación personal; y, por otra, **el contacto directo telefónico acreditado de la matrona demandada con dicho ginecólogo que venía asistiendo a la actora, excluye la existencia de incumplimiento por el hecho de no avisar a ningún otro facultativo de guardia.** Junto a ello consta que instauró el tratamiento que le indicó el ginecólogo demandado, y que una vez se trasladó a la demandante a planta, **encargó a la enfermera que la avisase ante cualquier incidencia, no siendo responsabilidad de la matrona, sino del médico realizar un diagnóstico diferencial y el tratamiento**, por lo que procede desestimar la pretensión deducida principalmente por la parte demandante.

El demandado Sr. xxxx mediante el recurso de apelación que ha interpuesto contra la sentencia dictada en primera instancia, tras alegar los hechos probados y que está acreditado que la causa del fallecimiento del feto fue una complicación súbita imprevisible e inevitable y que la asistencia prestada a la paciente fue médicamente correcta, alude a los informe periciales de la perito judicial Dra. xxxxx y al dictamen del profesor D. xxxx, señalando que **no hubo en ningún momento hemorragia, que se realizó desde el primer momento el diagnóstico diferencial entre amenaza de parto prematuro y desprendimiento prematuro de la placenta, resultando signos diagnósticos de la primera y ninguno de los signos de la segunda conforme a los protocolos de la SEGO, destacando la monitorización de la paciente con resultados normales, y que no era necesario que el facultativo se desplazase a la clínica, añadiendo que el diagnóstico inicial era el correcto, que el tratamiento prescrito se**

ajustó plenamente a las guías farmacológicas entonces vigentes y era el único autorizado, que no eran necesarias pruebas complementarias, pues el diagnóstico es clínico y de urgencia, según síntomas y signos, y la ecografía no estaba clínicamente indicada por su inutilidad (punto 6, página 11 del informe pericial judicial), **que se acepta y promueve la telemedicina, y que la exculpación de la matrona codemandada debe proyectarse al Sr. xxxxx, invocando la existencia de error de hecho y de derecho en la valoración de la prueba pericial,** y la infracción por su indebida aplicación del artículo 1902 del Código Civil (LEG 1889, 27) y por su aplicación del artículo 1105 del mismo Código. Seguidamente sostiene que la indemnización es improcedente y excesiva, y que la condena en costas infringe el artículo 394.2 de la L. E. Civil (RCL 2000, 34, 962 y RCL 2001, 1892). La parte demandante se ha opuesto al recurso de apelación.

La sentencia apelada aprecia que la actuación del ginecólogo demandado no se ajustó a la "lex artis" al realizar un diagnóstico erróneo a distancia, por teléfono y sin haber practicado todas la pruebas diagnósticas previas en atención a la sintomatología que presentaba la demandante, más concretamente ante la presencia de un sangrado, y que ello determinó la muerte del niño que esperaban ésta y su esposo, partiendo de los hechos básicos acreditados consistentes en que la demandante, gestante de 33-34 semanas acudió a la clínica demandada a última hora del día **28 de diciembre de 2003, por sangrado superior a una regla en su domicilio, siendo recibida por la matrona demandada que le realizó la exploración tocológica y monitorización, tras lo cual contactó telefónicamente con el ginecólogo demandado que asistía el embarazo, que diagnosticó de amenaza de parto prematuro y le prescribió un tratamiento de tocolisis intravenosa y su ingreso,** y tras unas dos horas de monitorización, sin que el sangrado llegase a cesar, fue subida a planta con determinadas indicaciones, y se efectuó una nueva monitorización de 9,30 a las 10,20 horas que revelaba una frecuencia cardiaca del feto normal con tendencia bradicárdica, y no fue visitada por su el ginecólogo hasta las 10,30 horas en que dispuso hacerle una ecografía, en la que se diagnosticó muerte fetal y signos de desprendimiento placentario 25-30%, realizándola el mismo sin fotografías, conforme a lo que manifestó en el interrogatorio, y practicándole seguidamente una cesárea de urgencia, no habiendo sido informados ni la demandante, ni su esposo, que la acompañaba, del tratamiento instaurado.

"La actividad de diagnosticar, como la efectiva de sanar, han de prestarse con la aportación profesional más completa y entrega decidida, sin regateo de medios ni esfuerzos, como dice la sentencia de 22 de mayo de 1995 (RJ 1995, 4089) , que cita la de 16-2-1995 (RJ 1995, 844), dado que la importancia de la salud humana así lo requiere y también lo impone, por lo que se incurre en responsabilidad, tanto contractual del artículo 1101, como extracontractual del 1902", debiendo señalarse finalmente que la telemedicina a que se refiere la parte apelante, no supone que fuese ajustada a la lex artis ad hoc la intervención telefónica del apelante, diagnosticando y prescribiendo tratamiento a la actora en tal forma, sin asistirle directa y personalmente, ni prescribir pruebas complementarias, pues de conformidad con la documentación aportada por el apelante, la Teleasistencia tiene una significación diferente, incluye determinado tipo de servicios entre ellos la asistencia remota (consulta/diagnóstica entre diferentes facultativos para elaboración de un diagnóstico común y monitorización/vigilancia), gestión de pacientes y administración, información sanitaria a la población y formación e información a distancia a profesionales, que en nada afecta al ámbito y circunstancias en que se produjeron los hechos".

10.3. Variables consideradas en el análisis de las consultas médicas

VARIABLES	CATEGORÍAS	EXPLICACIÓN
RECURSO <i>(Decisión del médico)</i>	SIN RECURSO	consejo médico
	AMBULANCIA	ambulancia normal
	AMBULANCIA SVB	ambulancia medicalizable
	UVI MOVIL	ambulancia medicalizada
	URGENCIAS A. PRIMARIA	equipo A.P. a domicilio
	ENFERMERIA	enfermería A. Primaria
	HELICOPTERO	medicalizado
FINALIZA <i>(Finalización Consulta)</i>	SIN SEGUIMIENTO	resuelta sin recurso
	RECHAZO DEL RECURSO	alertante rechaza respuesta
	RECURSO ANULADO	por nueva información
	TRASLADO HOSPITAL	ingreso en urgencias
	ASISTENCIA IN SITU	sin traslado
	RECURSO NO DISPONIBLE	requiere cambio de decisión
	EXITUS	fallecido durante asistencia
RECHAZO DEL PROTOCOLO	anula respuesta automática	
TIPOCONS <i>(Tipo de consulta)</i>	CONSULTA MEDICA	alertante no profesional
	INTERCONSULTA	profesional sanitario
ALERTANT <i>(Quien realiza la Consulta)</i>	PROPIO AFECTADO	el propio paciente
	ENTORNO AFECTADO	alguien del entorno familiar
	ALERTANTE CASUAL	ajeno al paciente
	TELEASISTENCIA CR	servicio de telealarma
	PROFESIONAL SANITARI	médico, enfermería
	EMERGENCIAS NO SANIT	policía, bomberos, etc.
EDAD	NIÑO/A	0-14
	ADOLESCENTE	15-18
	ADULTO	19-65
	MAYORES	más de 65 años
	NO CONSTA	
SEXO	MUJER	
	HOMBRE	
	NO CONSTA	
HORARIO	MAÑANA	8:00 a 15:00
	TARDE	15:01 a 22:00
	NOCHE	22:01 a 7:59

10.4. Encuesta Consulta Médica

Encuesta a Profesionales Sanitarios sobre la Consulta Telefónica

Juan Antonio Sánchez Losada
Apartado 486
Toledo, 45080



Fecha de la encuesta	<input type="text"/>	Categoría Profesional	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Lugar de Trabajo	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>

1. ¿CÚANTAS VECES LE HAN HECHO UNA CONSULTA SANITARIA SIN TENER AL PACIENTE DELANTE, EL ÚLTIMO MES?

2. EN CUÁNTAS DE ESTAS CONSULTAS HA FACILITADO ALGÚN CONSEJO SANITARIO O INDICADO PAUTAS DE ACTUACIÓN?

3. ¿EN CUANTAS DE ESTAS CONSULTAS HA RECOMENDADO UNA CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL?

4. ¿HA QUEDADO INSATISFECHO CON SU PROPIA RESPUESTA ANTE CONSULTAS A DISTANCIA, POR NO EXPLORAR AL PACIENTE?

5. ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA O RECLAMACIÓN RELACIONADO CON ESTAS CONSULTAS A DISTANCIA?

6. ¿QUE OPINA, EN GENERAL SOBRE LA CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA FRENTE A LA CONSULTA CLÁSICA PRESENCIAL?

7. ¿CONSIDERA QUE LA CONSULTA MÉDICA NO PRESENCIAL GENERA MÁS RIESGO PARA EL PACIENTE QUE LA PRESENCIAL?

8. ¿CÓMO VALORA LA CONSULTA A DISTANCIA EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS?

9. ¿CÓMO VALORA LA CONSULTA A DISTANCIA EN URGENCIAS EN ZONAS RURALES ALEJADAS?

10. ¿CUANDO CONSIDERÍA MÁS ADECUADO EMITIR UN JUICIO DIAGNÓSTICO SIN EXPLORAR AL PACIENTE?

Enviar por correo electrónico

BORRAR formulario

10.5. Respuestas Planteadas en la Encuesta a Profesionales

1. ¿CÚANTAS VECES LE HAN HECHO UNA CONSULTA SANITARIA SIN TENER AL PACIENTE DELANTE, EL ÚLTIMO MES?	NINGUNA CONSULTA
	ENTRE 1 Y 10
	ENTRE 11 Y 25
	MÁS DE 25
2. ¿EN CUÁNTAS DE ESTAS CONSULTAS HA FACILITADO ALGÚN CONSEJO SANITARIO O INDICADO PAUTAS DE ACTUACIÓN?	EN NINGUNA DE ELLAS
	EN MENOS DE LA MITAD
	EN MÁS DE LA MITAD
	EN TODAS
3. ¿EN CUANTAS DE ESTAS CONSULTAS HA RECOMENDADO UNA CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL?	EN NINGUNA
	EN MENOS DE LA MITAD
	EN MAS DE LA MITAD
	EN TODAS
4. ¿HA QUEDADO INSATISFECHO CON SU PROPIA RESPUESTA ANTE CONSULTAS A DISTANCIA, POR NO EXPLORAR AL PACIENTE?	NUNCA
	ALGUNA VEZ
	FRECUENTEMENTE
	SIEMPRE
5. ¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA O RECLAMACIÓN RELACIONADO CON ESTAS CONSULTAS A DISTANCIA?	NUNCA
	SI PERO SIN TRASCENDENCIA
	ALGUNA RECLAMACIÓN
	ALGÚN PROCESO JUDICIAL
6. ¿QUE OPINA, EN GENERAL SOBRE LA CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA FRENTE A LA CONSULTA CLÁSICA PRESENCIAL?	DEBE EVITARSE
	ÚTIL
	EXCEPCIONALMENTE
	ÚTIL EN GENERAL PUEDE SUSTITUIRLA
7. ¿CONSIDERA QUE LA CONSULTA MÉDICA NO PRESENCIAL GENERA MÁS RIESGO PARA EL PACIENTE QUE LA PRESENCIAL?	MENOR RIESGO
	SIMILAR RIESGO
	MAYOR RIESGO
	MUCHO MAYOR RIESGO
8. ¿CÓMO VALORA LA CONSULTA A DISTANCIA EN SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS?	INADECUADA
	ÚTIL OCASIONALMENTE
	COMPLEMENTARIA
	SUSTITUTIVA
9. ¿CÓMO VALORA LA CONSULTA A DISTANCIA EN URGENCIAS EN ZONAS RURALES ALEJADAS?	POCO ÚTIL
	ÚTIL A VECES
	BASTANTE ÚTIL
	IMPRESINDIBLE
10. ¿CUANDO CONSIDERÍA MÁS ADECUADO EMITIR UN JUICIO DIAGNÓSTICO SIN EXPLORAR AL PACIENTE?	EN PROCESOS URGENTES
	EN CRÓNICOS CONOCIDOS
	EN AMBOS
	EN NINGUNO

10.6. CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA ENCUESTA

Estimad@ compañer@:

Me llamo Juan Antonio Sánchez Losada, y trabajo como médico en la UVI-móvil de Toledo.

Esta encuesta forma parte de mi Tesis Doctoral. Te agradezco los 2 minutos que te va a llevar cumplimentar las 10 preguntas; al final sólo debes pulsar "enviar" en la propia encuesta, y la recibiré por correo electrónico.

El objeto de la encuesta es valorar la percepción que los profesionales médicos y de enfermería tenemos de las consultas a distancia (normalmente por vía telefónica) que nos hacen a diario nuestros pacientes e incluso nuestros familiares, sobre su estado de salud.

Los datos de tu encuesta serán automáticamente disociados de tu e-mail, para garantizar tanto la protección de tus datos como el anonimato que necesito en mi trabajo.

Contesta la opción que creas que más se ajusta a tu situación, de las que se abren al pulsar en la flecha a la derecha de cada pregunta.

Gracias y recibe un cordial saludo,
Juan Antonio Sánchez Losada
jasanchez@sescam.org