



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Ventajas, inconvenientes y aspectos éticos del teletrabajo

Montse Esquerda

Institut Borja de Bioètica. Universitat Ramon-Llull. Barcelona. España.

Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida. Lleida. España.

Facultat de Medicina. Universitat de Lleida. Lleida. España.

Correo electrónico: mesquerda@ibb.url.edu

Palabras clave: Telemedicina • Relación médico-paciente • Confianza • Comunicación • *Burn-out*.

La historia nos ha enseñado que después de catástrofes naturales, guerras o epidemias se han producido aceleraciones en el conocimiento y la práctica en medicina. Quizás una de las que corresponderán a la pandemia COVID-19 sea la del teletrabajo.

Entre los múltiples retos pendientes de la medicina en el s. XXI estaba la adaptación de la interacción con el paciente al entorno tecnológico. En las últimas décadas se ha producido una enorme eclosión biotecnológica en la atención sanitaria, pero solo en algunos aspectos concretos como diagnóstico, tratamiento o gestión de la información (como la historia clínica electrónica), esta eclosión no había prácticamente llegado al ámbito de la relación con el paciente. Hasta la llegada de la pandemia, la implementación de la tecnolización de la medicina se había centrado más en aspectos diagnósticos o terapéuticos que relacionales, salvo muy concretas excepciones, quizás porque en el fondo seguimos más centrados en la enfermedad que no en el enfermo.

Un viejo refrán comenta que “los hijos deben parecerse más a sus tiempos que a sus padres”, y la forma de ejercer la medicina ha seguido más anclada en la relación que tenían nuestros padres que en las posibilidades tecnológicas de los tiempos actuales, apareciendo un claro decalaje entre el desarrollo y la implementación digital en la población general y su uso en medicina.

El teletrabajo formaría parte de la telemedicina, que, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, se entiende como la atención sanitaria en la distancia, con el uso de tecnologías de la información, tanto para el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades como para la formación de profesionales sanitarios, para actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de sus comunidades.

Con ello, la telemedicina no es una nueva forma de ejercer la medicina, es un mecanismo que puede ayudar a asumir objetivos en momentos concretos, en circunstancias particulares y en determinados pacientes. Es imprescindible, pues, definir correctamente qué parte del proceso asistencial puede realizarse a distancia, concretando objetivos y límites, en qué momentos va a ser imprescindible para evitar la falta de atención médica (como en catástrofes o en la actual pandemia) y qué pacientes o familias pueden beneficiarse, todo ello con infraestructuras y soporte adecuado para realizarse en las condiciones técnicas adecuadas.

Algunas de las ventajas de la telemedicina se visualizan de forma clara, tanto para las personas y familias atendidas como para los profesionales. Con relación a los pacientes, puede mejorar por ejemplo la accesibilidad, el tiempo de espera, la equidad geográfica, evitar desplazamientos, permisos laborales o, en tiempos excepcionales, puede mantener la continuidad asistencial evitando el riesgo de contagio.

Para los profesionales, puede ayudar a la gestión de la demanda, evitando visitas para cuadros de baja complejidad, mejorar la continuidad asistencial y el seguimiento en personas con patologías crónicas, o facilitar las interconsultas entre atención primaria y hospitalaria, sin entrar en todas las posibilidades que se abren en formación y docencia. El teletrabajo permitiría una ventana abierta y directa desde la propia pantalla hacia las casas de los pacientes atendidos, hacia el resto de los compañeros y, en cierta manera, al mundo exterior.

Pero aparecen también de forma clara algunos de los riesgos de la telemedicina, muy vinculadas a preocupaciones éticas y deontológicas. Hans Jonas¹, en una de las mejores aproximaciones a la ética de la tecnología, abogaba por el principio de responsabilidad, y este principio conllevaría

el deber de intentar “visualizar los efectos a largo plazo de los proyectos tecnológicos, tanto positivos como negativos”. Para Jonas, no se trata de evitar la implementación tecnológica, que consideraba inevitable, sino de ser capaces de poder definir cuál sería su impacto en nuestras acciones, intentando identificar sus consecuencias, y con ello poder evitar o minimizar los efectos negativos.

Un primer grupo de aspectos éticos guarda relación con temas vinculados a la privacidad, la confidencialidad, la protección de datos o la seguridad. Este sería un conjunto de problemas éticos cuya solución depende en gran parte de una respuesta técnica, con relación al desarrollo de instrumentos seguros y que sean fácilmente accesibles y navegables tanto para el profesional como para la población.

Relacionado con este primer grupo estaría también el tema de la accesibilidad de las personas atendidas, no solo por dificultades de manejo, sino también por disponibilidad tecnológica, que puede generar inequidades importantes y aumentar la brecha o abismo en la atención a algunos colectivos de personas, amplificando la ley de cuidados inversos de Tudor Hart².

Otros problemas éticos no son tan sencillos de plantear ni de resolver, y están relacionados con el impacto de la telemedicina en aspectos nucleares de las profesiones sanitarias, como la relación médico-paciente, la confianza, la comunicación o el propio rol profesional. La implementación de la medicina a distancia puede afectar, por tanto, a aspectos claves en la profesión, pero hay que remarcar que estos cambios van a tener lugar en un entorno sanitario que arrastraba varias crisis pendientes de solucionar.

Por una parte, arrastrábamos una crisis de confianza. En 2019, con pocos meses de diferencia, dos de las grandes revistas médicas, *New England Journal of Medicine* y *JAMA*^{3,4}, alertaban sobre la necesidad de recuperar la confianza, tanto en la ciencia como en las instituciones y en los propios profesionales. Incluso The Hasting Center comentaba, como uno de los cinco grandes retos bioéticos para el futuro, la pérdida de confianza en el ámbito sanitario, en el de investigación o en las instituciones sanitarias, en el mismo nivel que otros grandes retos bioéticos como envejecimiento, inteligencia artificial en salud, edición genética y desigualdades sociales.

La relación médico-paciente, según Laín Entralgo⁵, es un tipo “particular y único” de relación entre personas. Se basaría en una triple confianza por parte del paciente: en primer lugar, confianza con que la medicina podrá curar, paliar o aliviar sus sufrimientos; en segundo lugar, confianza con los conocimientos del médico y, por último, confianza con el propio médico como persona. La crisis de confianza es multicausal, pero va de la mano de otra de las grandes crisis, la de deshumanización. La confianza es imprescindible en atención primaria, y se va tejiendo intrínsecamente ligada al vínculo y a la relación, humana y cercana.

En un estudio en el que se pedía “Describa a su médico en dos palabras”⁶, entre las respuestas más frecuentemente citadas por los pacientes para describir a su médico estaban: ocupado, apresurado, indiferente o con poco interés. No es evidentemente generalizable, pero es un toque de atención claro de cómo perciben los pacientes a algunos médicos.

Sin continuidad y cercanía no hay vínculo, y sin vínculo perdemos la confianza. André Picard, periodista sanitario canadiense, comentaba: “hablamos mucho estos días de medicina personalizada, sobre fármacos y tratamientos diseñados para un genoma específico o marcadores epigenéticos. Pero lo que la gente realmente anhela es la medicina personal, no personalizada. Con conexión humana. No solamente curación, sino cuidado”⁷.

La telemedicina puede comportarse de forma ambivalente en este caso, por una parte “acercando” a los profesionales a las personas y sus vidas, pero hay también el riesgo de que ponga aún más barreras y distancia. En la telemedicina habrá siempre una pantalla en mitad de la relación, y cómo comentaba Slack⁸, médico precursor de la historia clínica electrónica, “si un médico puede ser reemplazado por una computadora, merece entonces ser reemplazado por una computadora”.

La deshumanización y la pérdida de confianza se asocian a otra de las múltiples crisis que se venían arrastrando previas a la pandemia, como es la del *burnout* sanitario, definido como una crisis sanitaria oculta. Toda nueva implementación implica un esfuerzo, y adaptar la atención al entorno virtual requiere un sobreesfuerzo añadido, en un colectivo profesional sanitario agotado.

La implementación de la telemedicina requiere adquirir nuevos conocimientos, nuevas habilidades y tiempo. Los conocimientos y habilidades no están solo relacionados con el aprendizaje de aspectos técnicos para usar los nuevos mecanismos, sino también se requiere en el ámbito de la comunicación.

La comunicación, tanto verbal como no verbal, a través de la pantalla se modifica, con posibilidad de que aumenten los errores diagnósticos, terapéuticos o negligir algún síntoma o signo imprescindible. Algunos estudios muestran cómo en telemedicina, la entrevista clínica se focaliza en síntomas muy concretos obviándose una valoración más global, y la exploración física se ve asimismo muy limitada, a pesar de la posibilidad de incorporar ítems innovadores para sustituirla. Se requerirían estrategias de formación específicas en comunicación en telemedicina, que han demostrado mejoría en este ámbito⁹.

Si los pacientes anhelan contacto personal, los profesionales quizás lo que más anhelan es tiempo. Y otra de las promesas de base de la telemedicina es la de facilitar procesos y que los profesionales sanitarios dispongan de más tiempo.

Pero la experiencia previa de diferentes ejemplos de implementación de tecnología en ámbito sanitario podría con-

tradecirlo. Eric Topol, en su libro *Deep Medicine*¹⁰, describe la evolución en EE. UU., desde 1975 a 2019, de algunos datos sanitarios: el número de profesionales sanitarios ha pasado de 4 millones a más de 16 millones, el gasto per cápita se ha incrementado de 550 \$/año a más de 11 000 \$/año, el coste medio de una cama hospitalaria ha pasado de unos 100 \$/día a 4600 \$/día y el PIB de menos del 8% al 18%. Sin embargo, el tiempo medio que dedica un médico por visita ha disminuido de 60 minutos/primer visita y 30 minutos/sucesivas en 1975, a 12 minutos/primer visita y 7 minutos/sucesivas.

Las profesiones sanitarias se han vuelto más complejas, caras y tecnológicas, pero el tiempo por paciente ha disminuido drásticamente y la burocratización se ha incrementado. Y ello no repercute tan solo en la calidad del cuidado que se ofrece a los pacientes, sino que es uno de los factores claves en el agotamiento de los profesionales sanitarios.

La telemedicina en atención primaria puede ser una muy buena herramienta para facilitar la accesibilidad y la continuidad, en algunos pacientes, procesos y circunstancias, y todo ello solo podrá darse con profesionales que tengan

tiempo, recursos y estén suficientemente cuidados para poder cuidar mejor, ya sea presencial o virtualmente.

Bibliografía

1. Jonas H. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 2014.
2. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297:405-12.
3. Lain Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Revista de Occidente; 1964.
4. Baron RJ, Berinsky AJ. Mistrust in Science—A Threat to the Patient-Physician Relationship. *N Engl J Med*. 2019 381:182-5.
5. Bauchner H. Trust in health care. *JAMA*. 2019;321:547.
6. Singletary B, Patel N, Heslin M. Patient perceptions about their physician in 2 words: the good, the bad, and the ugly. *JAMA Surg*. 2017; 152:1169-70.
7. Picard A. Matters of Life and Death: Public Health Issues in Canada. Vancouver: Douglas & McIntyre; 2017.
8. Slack WV. Cybermedicine: How Computing Empowers Doctors and Patients for Better Care. San Francisco: Josey Bass; 2001.
9. Vaona A, Pappas Y, Grewal RS, Ajaz M, Majeed A, Car J. Training interventions for improving telephone consultation skills in clinicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1:CD010034.
10. Topol E. Deep medicine: how artificial intelligence can make healthcare human again. New York: Hachette; 2019.