

Ser pediatra en tiempos virtuales

Being a paediatrician in the online age

Carmen Martínez González

Servicio de Pediatría. Centro de Salud Villablanca. Madrid

El tiempo, su fugacidad y la velocidad con la que se producen los cambios son temas centrales en la vida, y la medicina no es ajena a ello. Por eso, en casi todos los congresos y jornadas, existen mesas o ponencias sobre 'avances' en donde compartir las novedades relevantes, generalmente científicas.

Pero los cambios y avances más vertiginosos de los últimos años, en todas las especialidades de la medicina, probablemente vengan del uso masivo de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y de sus grandes ventajas. Menos se habla, y quizá este sea el momento oportuno, de los riesgos e inconvenientes de este vertiginoso salto digital. Un cambio determinante para muchos profesionales que se sienten identificados con las palabras, cargadas de nostalgia por un pasado considerado mejor, de Borges a un antepasado: '... le tocaron, como a todos los hombres, malos tiempos en que vivir'.

A los profesionales sanitarios pesimistas (¿o realistas?) no les faltan razones para estar en sintonía con esta sensación de 'malos tiempos para vivir'. Existen al menos tres. La creciente y vertiginosa complejidad del mundo, en general, y de la medicina, en particular; la mayor inestabilidad laboral; y el tema que nos ocupa: la irrupción de la telemedicina como un tsunami en todos los ámbitos sanitarios.

La medicina a distancia o telemedicina no es algo tan novedoso. Surge en la década de los setenta con el desarrollo de la tecnología (ordenadores, in-

ternet, móviles, etc.) con el objetivo de utilizar estos recursos para optimizar la atención ahorrando tiempo y costes, y aumentar la accesibilidad sorteando las barreras geográficas, especialmente en zonas rurales y países en desarrollo. Pero, sin duda, la espoleta que ha forzado y acelerado el uso masivo de las TIC ha sido la pandemia, a partir de la cual se han implantado a gran velocidad, produciendo un cambio de escenario profesional para el que estábamos poco preparados.

La Organización Mundial de la Salud define la telemedicina, desde sus indudables ventajas, como la prestación de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las TIC para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones, para la investigación, evaluación y educación continuada de los proveedores de salud, con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades¹.

La telemedicina está englobada en el amplio concepto de e-salud, en el que la tecnología se presenta como un medio para expandir, ayudar o mejorar las actividades humanas sin sustituirlas. Existen modalidades sincrónicas, en tiempo real, por videollamada, teléfono o radio, y modalidades asincrónicas, que engloban las interacciones en diferido, como correo electrónico, mensajería en línea o plataformas web que emiten teleinformes, evaluando exámenes y datos clínicos o demográficos del paciente.

Hasta ahora, la investigación se ha centrado más en las ventajas, los beneficios y las promesas de eficiencia de la telemedicina que en la incorporación de los principios éticos², y la investigación en este importante y amplio campo ha quedado abier-

Correspondencia:

Carmen Martínez González
Servicio de Pediatría. Centro de Salud Villablanca. Madrid
carmendiri@gmail.com

ta y pendiente de desarrollar, aunque no es un problema menor. Como cualquier innovación, ésta puede fracasar si no se tienen en cuenta los aspectos éticos y sus consecuencias.

La telemedicina aporta ventajas indudables sobre las que no vamos a incidir, porque la ética trata, más que de lo bueno, de lo que puede ser mejor. Por eso, y no por pesimismo, estas reflexiones se van a centrar en algunos aspectos mejorables o claramente problemáticos, como las inequidades generadas por las dificultades de accesibilidad en la población más vulnerable, y el riesgo que supone la implantación masiva de estas técnicas para la profesionalidad y la relación médico-paciente.

Las soluciones tecnológicas deben ofrecer un acceso equitativo a la atención sanitaria. Sin embargo, en personas o grupos vulnerables, se puede dar la paradoja de que una de las principales ventajas y objetivos de la telemedicina, la de llegar a personas o comunidades marginadas, frecuentemente se ve anulada por problemas de competencia digital o inaccesibilidad a medios técnicos, creándose barreras adicionales que aumentan su situación de riesgo y generan inequidades. En este sentido, ha aumentado no sólo la brecha digital Norte-Sur, sino las desigualdades que previamente existían en nuestro propio contexto, amplificando la ley de cuidados inversos de Tudor Hart, según la cual la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a las necesidades de la población atendida³. Las dificultades de acceso a bienes básicos, cuanto más a las TIC, que tienen poblaciones con alta tasa de pobreza (incluida la energética), barreras idiomáticas e incluso analfabetismo, como ocurre en la Cañada Real de Madrid y otros asentamientos o algunas comunidades gitanas, hacen casi inconcebibles, por imposibles, actos que consideramos sencillos, como pedir consulta por teléfono o mediante una aplicación informática.

Los profesionales utilizamos la asistencia médica mediante TIC para completar la atención presencial al paciente. Aporta eficacia no sólo a la actividad asistencial y de cuidados, sino a las actividades de salud pública y de vigilancia epidemiológica. Pero, siendo un verdadero acto médico, es necesario tener presente que no debe sustituir totalmente la consulta presencial, que es donde se consolida verdaderamente la relación médico-paciente. Esta relación humanitaria, humanizadora y fundamentalmente presencial sigue siendo la regla de oro en la relación clínica y el eje fundamental que debe vertebrar la asistencia sanitaria.

La relación clínica se encuentra amenazada por numerosas influencias, como la excesiva burocratización, la brevedad impuesta de los tiempos de consulta, cierta pérdida del sentido vocacional de

nuestra profesión y la excesiva tecnificación de la medicina. No han pasado tantos años desde que el Dr. Gregorio Marañón dijera que hay que buscar al hombre en la enfermedad y no la enfermedad en el hombre, un empeño que parece más difícil en el contexto médico actual, en el que observamos con preocupación que los médicos residentes pasan menos tiempo con los pacientes (12%) que frente al ordenador (40%)⁴.

Pero no sólo porque esta relación se encuentre amenazada, sino por los enormes beneficios que aporta la relación clínica a las personas y al conjunto de la sociedad, el Foro de la Profesión Médica de España, en 2016, aprobó, por unanimidad, promover la relación médico-paciente como patrimonio cultural inmaterial de la humanidad, solicitándolo formalmente a la Unesco⁵.

Es necesario que todos los profesionales sanitarios protejamos esta relación médico-paciente altamente valorada por todas las personas, y que todas las tecnologías y estrategias desarrolladas estén encaminadas a ampliar la oferta asistencial en beneficio de los pacientes, sin lesionar la relación clínica ni la profesionalidad: sin deshumanizar la medicina.

Nuestra profesión, socialmente significada, a diferencia de lo que sería un oficio, además de exigirnos competencias técnicas y cumplimientos laborales, conlleva la responsabilidad de mantener y construir valores como la confianza, la sinceridad, la honestidad, la empatía, la confidencialidad, la integridad o la compasión. Este conjunto de valores, actitudes, conductas y compromisos, que consolidamos en nuestra forma de ser para estar al servicio de los intereses de los pacientes y de la sociedad⁶, define la profesionalidad; un concepto clave en ética, que actualmente parece estar distanciándose de lo que sería, en esencia, una virtud moral⁷, y acercándose cada vez más a la idea del experto o profesional técnicamente competente.

Existen códigos éticos, como el de la Asociación Médica Mundial⁸, y orientaciones muy oportunas de los colegios de médicos y comisiones deontológicas⁹ sobre el uso de la telemedicina. Pero se puede decir que los valores, actitudes y conductas que forman la profesionalidad, con y sin telemedicina, son los de siempre y tienen los mismos objetivos de siempre: construir una relación médico-paciente de calidad, proteger su privacidad y confidencialidad, mantener la equidad en el acceso a pruebas y tratamientos, buscar el mayor beneficio para el paciente sin ser maleficentes y respetar su autonomía¹⁰.

Las herramientas que aporta la telemedicina son actualmente imprescindibles para la asistencia sanitaria, pero no pueden ser impuestas ni descontextualizadas, sino personalizadas y contextualizadas.

La telemedicina, como refiere la Academia Americana de Pediatría, es una buena opción en la adolescencia¹¹, y muchos adolescentes prefieren el contacto con el pediatra que conocen y en quien confían usando el teléfono o la videollamada. Pero es de especial importancia detectar a los pacientes y familias que necesitan ser guiados presencialmente en sus decisiones o requieren salir del aislamiento doméstico; los que tienen deficiencias cognitivas, de lenguaje o de accesibilidad a los medios telemáticos. Es necesario definir correctamente qué parte del proceso asistencial puede realizarse a distancia, en qué momentos va a ser imprescindible para paliar la falta de atención médica (catástrofes, pandemia...) y qué pacientes o familias pueden beneficiarse¹².

Sin la exploración física aumenta la posibilidad de error médico; sin el encuentro personal, se incrementa el riesgo de deshumanizar la atención, especialmente en interacciones asincrónicas; sin contacto físico, no es posible observar totalmente el lenguaje corporal, los gestos o actitudes que favorecen la empatía y la sintonía emocional con el paciente¹³, y es más fácil ocultar información relevante aun sin pretenderlo.

Los pediatras somos pediatras de familia en cualquier especialidad. Perdemos muchas claves que permiten conocer el contexto en el que viven los niños y adolescentes si no observamos a los acompañantes. En la consulta presencial podemos intuir (mejor que detrás de una pantalla) que los mitones que usa permanentemente una adolescente ocultan autolesiones; sospechar un maltrato intrafamiliar observando que el niño que viene a la consulta acompañando a su madre con el hermano que acaba de nacer tiene lesiones sugerentes en la cara; nunca sabríamos que ese progenitor amable y educado por teléfono huele a alcohol con mucha frecuencia a media mañana; ni podríamos valorar el deterioro visible de una madre o un padre con una enfermedad crónica, o dar un abrazo cuando nos comunican una pérdida familiar reciente.

Para tener el título de pediatra sólo necesitamos competencias científicas. Para ser un buen profesional, además, necesitamos virtudes y conocimiento del contexto y de los determinantes sociales de la salud de nuestros pacientes. Parafraseando al Dr. José de Letamendi y Manjarrés (1828-1897), '*el pediatra que sólo sabe medicina, ni medicina sabe*'¹⁴. Y la forma más sencilla, natural y espontánea de conocer el núcleo de convivencia, habitualmente familiar, surge de la consulta presencial sólo con mantener una actitud de observación atenta del niño o adolescente y la interacción con sus acompañantes. Este conocimiento del núcleo y de la dinámica familiar más básica desaparece en las consultas telemáticas.

Lejos estamos de la época del Dr. Gregorio Marañón (1887-1960), que a la pregunta de cuál había sido el avance más importante de la medicina, contestó de forma escueta: la silla. La silla que permite estar al lado del paciente, acompañarlo, mirarlo y escucharlo. Desde hace años, entre el paciente y el profesional sanitario se interpone sistemáticamente una pantalla de ordenador que en ocasiones se mira más que a la persona; un teclado en el que escribimos más que escuchamos; atendemos a pacientes por teléfono que a veces no conocemos; y aparecen de forma casi surrealista compañías telefónicas que ofrecen atención sanitaria de forma telemática como si fuera un servicio comercial más.

A pesar de todo, es impensable retroceder en el tiempo. La aplicación de las TIC en medicina es imparables, positiva e incuestionable; por tanto, esta reflexión no pretende ser un alegato en contra de la telemedicina y sus fortalezas. Su objetivo es revelar los riesgos de la tecnología y rebelarnos ante la banalización del acto médico y la posibilidad de una hipotética y distópica era de 'posmedicina' o 'posrelación clínica', en la cual, convertidos en pediatras exclusivamente virtuales, fuéramos indistinguibles y sustituibles por máquinas.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington DC: OPS, 2016.
2. Keenan AJ, Tsourtos G, Tieman J. The value of applying ethical principles in telehealth practices: systematic review. *J Med Internet Res* 2021; 23: e25698.
3. The inverse care law. Tudor Hart J. *Lancet* 1971; 297: 405-12.
4. Starmer AJ, Destino L, Yoon CS, Landrigan CP. Intern and resident workflow patterns on pediatric inpatient units: a multicenter time-motion study. *JAMA Pediatr* 2015; 169: 1175-7.
5. Grupo de Trabajo sobre Relación Médico-Paciente como Patrimonio Cultural. La relación medico-paciente. Patrimonio cultural inmaterial de la humanidad. Madrid: Foro de la Profesión Médica de España; 2017.
6. Martínez Urionabarrenetxea K. La educación en bioética, camino para la profesionalidad. *Rev Calid Asist* 2011; 26: 62-6.
7. Camps V. La excelencia en las profesiones sanitarias. *Humanidades médicas* 2007; 21: 1-21.

8. AMA Code of Medical Ethics. URL: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/ethical-practice-telemedicine>. Fecha última consulta: 01.02.2023.
9. Aspectos éticos y deontológicos de la asistencia telemática a los pacientes. Documento de posicionamiento. 2022. Comisión deontológica del ICOMM. URL: <https://www.icomem.es/section/com-deontologia#publicaciones>. Fecha última consulta: 01.02.2023.
10. Mehta SJ. Telemedicine's Potential Ethical Pitfalls. *Virtual Mentor*. 2014;16:1014-17.
11. Academia Americana de Pediatría. Telehealth and adolescent health care: what can pediatric clinicians do? 2021. URL: <https://www.aap.org/en/practice-management/care-delivery-approaches/telehealth/telehealth-and-adolescent-health-care-what-can-pediatric-clinicians-do/>. Fecha última consulta: 01.02.2023.
12. Esquerda M. Ventajas, inconvenientes y aspectos éticos del teletrabajo. *FMC* 2021; 28: 207-9.
13. Mesa M, Pérez I. El acto médico en la era de la telemedicina. *Rev Med Chile* 2020; 148: 852-7.
14. Martínez González C. Ser pediatra en tiempos de pandemia. *Form Act Pediatr Aten Prim* 2022; 15: 1-3.