PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA

EL ACTO MÉDICO A LA LUZ DE LA TELEMEDICINA

¿es necesario actualizar el concepto?

por

MACARENA ANDREA MESA MALDONADO

Trabajo Final presentado a la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magister en Bioética

Profesor guía:

Dr. Iván Pérez Hernández

Junio 2019
Santiago, Chile

© 2019, MACARENA ANDREA MESA MALDONADO

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS……. 3
RESUMEN……...4
INTRODUCCIÓN……... 5
OBJETIVOS…….9
Objetivo general…… 9
Objetivos específicos……9
METODOLOGÍA…… 10
MARCO TEÓRICO…… 12
1. Telemedicina…….. 12
1.1 Definición del concepto……..12
1.2 Modalidades de telemedicina……..13
1.3 Ventajas y desventajas de la telemedicina……..15
1.4 Telemedicina y los cambios emergentes en salud……..17
1.5 Telemedicina y valores éticos involucrados……...20
2. El acto médico……..22
2.1 Definiciones posibles para el acto médico…… 22
2.2 Componentes del acto médico……24
2.3 El acto médico como contrato y aspectos legales que lo rigen…….25
2.4 La relación médico-paciente durante atenciones vía telemedicina sincrónica y asincrónica: breves ejemplos de la experiencia reportada……..29
DISCUSIÓN…….33
CONCLUSIÓN……42
REFERENCIAS……...48

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Ventajas de la telemedicina……..…….15

RESUMEN

La telemedicina ha permitido resolver la inequidad en el acceso a la atención de salud, especialmente en zonas geográficas donde no hay suficientes especialistas. Se distinguen dos modalidades de atención en telemedicina: *sincrónica*, donde el o los médicos interactúan entre sí y/o con el paciente en tiempo real mediante videollamadas, conversaciones telefónicas, radio, etc.; y *asincrónica*, donde la interacción ocurre en diferido y puede darse vía email, mensajería electrónica, teleinformes, etc. Chile cuenta hoy con un Programa Nacional de Telesalud, sin embargo, no existen leyes que rijan la medicina digital, por lo que no se reconocen los actos médicos a distancia y se desconoce si las atenciones vía telemedicina constituyen efectivamente actos médicos. **OBJETIVO:** Determinar si la atención a pacientes en las distintas modalidades de telemedicina puede ser considerada un acto médico, de acuerdo a su definición actual y a sus características tradicionales. **METODOLOGÍA:** se realizó una búsqueda bibliográfica preliminar en EBSCO, ProQuest y PubMed/MEDLINE utilizando las palabras clave *telemedicina, acto médico, profesionalismo médico, relación médico-paciente, telediagnóstico, telemedicina y rapport*, entre otras, y sus traducciones al inglés. Para analizar la definición de acto médico se escogieron dos autores que han investigado el tema en profundidad: Pedro Laín Entralgo y Mauricio Besio. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Aunque no hay una única definición de acto médico, este siempre tiene como fin último el bienestar del paciente, por lo que requiere de una alianza terapéutica basada en el conocimiento de las necesidades, expectativas y temores del paciente por parte del médico. Aunque se ha postulado que la falta de contacto físico puede dificultar el establecimiento de una alianza terapéutica, existen ejemplos donde ésta se ha resuelto exitosamente en las modalidades sincrónicas, pero sólo en algunas asincrónicas. Tomando las precauciones necesarias, en la mayoría de los casos pueden darse actos

médicos a distancia que permiten una atención humanizada y respetuosa de la persona.

INTRODUCCIÓN

En los tiempos que corren, el ejercicio de la medicina se ha vuelto más complejo por una serie de cambios que obedecen tanto a los actores involucrados como al escenario donde se desarrolla. Por una parte, la población envejece, la esperanza de vida aumenta y aparece el problema de la cronicidad de ciertas patologías. El paciente y su familia acuden a consultar cada vez más informados o, a veces, mal informados producto de no saber distinguir entre fuentes bibliográficas confiables y aquellas posverdades difundidas ampliamente en las redes. Aparecen otras entidades o situaciones que antes no tenían el protagonismo de hoy: las compañías aseguradoras en salud, las contralorías médicas, los juicios por negligencia, etc. Por otra parte, la tecnología médica rápidamente avanza, exigiendo a los profesionales de la salud perfeccionarse constantemente para no caer en la obsolescencia, aprendiendo a utilizar la tecnología a su favor con el fin de brindar diagnósticos más certeros y mejores tratamientos a los pacientes.

Frente a estos nuevos desafíos, el sistema de salud se ha visto en la obligación de promover cambios en el modo de atención que permitan abarcar la creciente población de pacientes crónicos y su acceso a médicos especialistas, especialmente en aquellas zonas geográficas aisladas, donde no existen médicos de todas las especialidades, o bien, no hay los suficientes. En respuesta a ello, la telemedicina surge como una herramienta que permite conectar al paciente y su familia con uno o más miembros del equipo de salud que no necesariamente se encuentran en el mismo territorio físico. Además, la telemedicina puede facilitar la interacción entre el propio equipo de salud, al permitir reuniones clínicas a distancia o interconsultas en caso que un facultativo requiera la opinión de otro especialista, como ocurre, por ejemplo, entre la atención primaria y los centros de referencia de salud a nivel

secundario y/o los hospitales de mayor complejidad.

La telemedicina puede desarrollarse bajo distintas modalidades, ya sea por vía telefónica, video-llamada, correo electrónico, servicios de mensajería en línea o a través de plataformas web especialmente diseñadas para ello, donde pueden evaluarse los exámenes u otros datos clínico-demográficos de un paciente, con el fin de establecer un diagnóstico inmediato o en diferido. Independiente de sus distintas modalidades, actualmente la implementación de atenciones vía telemedicina va en aumento tanto en Chile como en el resto del mundo, pues reduce costos de atención, disminuye listas de espera, permite examinar a una mayor cantidad de población en un tiempo más corto y facilita el acceso a médicos especialistas a aquellas personas que por limitaciones económicas o territoriales no pueden viajar a los centros donde estos especialistas se encuentran.

A pesar de todas estas ventajas, una crítica relevante a la telemedicina es que la falta de un encuentro personal con el paciente podría contribuir a la deshumanización de la atención, especialmente en aquellas modalidades asincrónicas, donde no hay interacción en tiempo real. En la atención vía telemedicina no existe contacto con el cuerpo del otro ni puede evaluarse completamente el lenguaje corporal (la mayoría de las veces sólo vemos el rostro o el torso del médico y del paciente). Tampoco hay posibilidad de ciertos gestos o actitudes *in situ* que favorezcan un clima de confianza, sintonía y empatía entre el médico y el paciente, fenómeno que se conoce como *rapport*. Dichas limitaciones ponen en tela de juicio el establecimiento de un verdadero vínculo entre médico y paciente, especialmente cuando una o ambas partes no son nativos digitales y deben hacer un esfuerzo para adaptarse a estas nuevas formas de atención.

En el contexto de redes integradas de Servicios de Salud, Chile cuenta hoy con un Programa Nacional de Telesalud, lo que ha permitido el

establecimiento de algunos canales de primera consulta bajo una modalidad a distancia. Tal es el caso del programa "Salud Responde" del Ministerio de Salud – Gobierno de Chile (MINSAL), un servicio remoto de información, orientación, educación, apoyo y contención, en materias de salud, tanto de carácter administrativo como asistencial. Para acceder a él, cualquier persona, desde cualquier punto del país, puede contactarse, vía telefónica con una central de comunicaciones, donde será atendido por distintos profesionales de la salud, entre los que se incluyen médicos, enfermeras, odontólogos, kinesiólogos y matronas (Ministerio de Salud [MINSAL], 2019).

Por otra parte, la reciente creación en nuestro país del primer "Hospital Digital" ha motivado a las autoridades sanitarias a reflexionar sobre la necesidad de una legislación específica para la medicina digital, que comprende, entre otros aspectos, las atenciones de salud a distancia, mediante herramientas como la telemedicina.

Recientemente, un fallo unánime de la Corte de Apelaciones de Santiago (2018) señaló que "la telemedicina posee un carácter colaborativo entre los profesionales especialistas y aquellos de la atención primaria" (p.12). Esto en el contexto de un recurso de amparo interpuesto por una paciente a la cual se le estaba tratando farmacológicamente en la atención primaria por una enfermedad renal crónica en etapa III, patología incluida en la Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES). Dicha patología posteriormente fue descartada en consulta vía telemedicina por un médico nefrólogo casi un año más tarde, sin que nadie informara de ello a la paciente y sin notificarle que debía interrumpir el tratamiento que hasta ese entonces se estaba aplicando. De esta forma, el mismo fallo concluye que:

> Si bien el Sistema de Salud ha validado el uso de telemedicina como una forma alternativa de brindar la garantía de oportunidad que establece la ley del ramo, lo cierto es que si aquella no se realiza en

> presencia de la paciente, o no se le informa sobre su uso, ni menos de su resultado, la garantía de oportunidad resulta ilusoria. (p.12)

Sin duda este fallo pone de manifiesto una situación donde hubo ausencia de un diálogo adecuado y oportuno con la paciente; sin embargo, la consulta médica sí fue dispensada a distancia y con ella se descartó la patología. De acuerdo a esto, surgen varias preguntas: ¿quién tiene la responsabilidad de comunicarle a la paciente este nuevo resultado?, ¿el médico especialista que confirma o descarta una patología, actúa únicamente como un consultor?, ¿puede basarse un diagnóstico únicamente en datos clínicos objetivos, sin considerar que la enfermedad es un fenómeno que cada persona vive de forma particular e individual?

No es novedad que las diferentes modalidades de atención generan formas distintas de ejercicio profesional de la medicina, "lo que tiene consecuencias técnicas y éticas para el médico y para la sociedad". (Goic, 2000, p.167). Goic (2000) señala que el acto médico se desenvuelve en una relación interpersonal técnica específica, diagnóstica y terapéutica, lo que implica el encuentro entre dos seres humanos, dotados ambos de inteligencia, de libertad, de intimidad y de una biografía única e irrepetible. Dicha libertad, intimidad y confianza son elementos esenciales del acto médico. (p.117, 132)

Con todo lo expuesto anteriormente, cabe preguntarse **¿pueden considerarse la atención por vía telemedicina un acto médico o es necesario readecuar la definición del acto médico a las distintas modalidades de atención vía telemedicina?**

OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar si la atención a pacientes por vía telemedicina en sus distintas modalidades puede ser considerada un acto médico, de acuerdo a su definición actual y a sus características tradicionales.

Objetivos específicos

- Revisar el concepto de telemedicina, sus ventajas, desventajas y los valores éticos implicados.
- Revisar la definición de acto médico, con énfasis en la perspectiva de los autores Pedro Laín Entralgo y Mauricio Besio y en el marco regulatorio chileno.
- Examinar en qué medida los elementos esenciales del acto médico están presentes en las diferentes modalidades en que se desarrolla la telemedicina.
- Evaluar si es pertinente actualizar la definición del acto médico y, de no ser así, proponer ciertas conductas que permitan el desarrollo de un acto médico no presencial, respetuoso de la persona humana y del marco legal vigente.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica preliminar en EBSCO, ProQuest y PubMed/MEDLINE, vía plataforma web del Sistema de Bibliotecas de la Pontificia Universidad Católica de Chile, utilizando las palabras clave *telemedicina, telemedicine, telehealth, acto médico, medical professionalism, relación médico-paciente, doctor-patient relationship, physician-patient relationship, surgeon-patient relationship, telemedicine and rapport, store-and-forward bioethics, telediagnóstico, telediagnostics.*

Tras una lectura rápida de los *abstracts* de los 100 primeros resultados que arrojó la búsqueda, hubo 25 artículos que más se acercaron a los tópicos involucrados en la pregunta de investigación, los que fueron seleccionados para su lectura crítica integral. Junto con ello, el análisis de las referencias de los documentos seleccionados permitió identificar a autores influyentes en el tema, motivando a una segunda búsqueda y lectura de aquellos artículos de su autoría que tuvieran relación con el tema a investigar.

Para completar el marco conceptual obtenido mediante la búsqueda de información en bases de datos, se consideró una búsqueda en Google académico (Google Scholar) de los autores relevantes y de los términos "acto médico AND telemedicina", "*medical professionalism* AND *telemedicine*", utilizando el operador booleano AND y priorizando aquellos resultados de repositorios como Scielo, ResearchGate y guías clínicas o documentos oficiales de páginas web pertenecientes a organismos gubernamentales chilenos y de otros países.

En paralelo a la búsqueda explicitada anteriormente, para analizar la definición de acto médico se escogieron dos autores que han investigado el

tema en profundidad: Pedro Laín Entralgo, reconocido médico y ensayista español, y Mauricio Besio, médico bioeticista chileno. La selección de dichos autores obedeció a que sus perspectivas difieren entre sí en algunos aspectos, lo que permitió analizar el concepto desde un espectro más amplio, para llegar a establecer sus elementos en común.

MARCO TEÓRICO

1. Telemedicina

1.1 Definición del concepto.

La palabra *telemedicina*, cuya traducción literal significa "curar a distancia", es un término acuñado en la década del 70 por Thomas Bird, quien escribió por primera vez acerca de la posibilidad de examinar a ciertos pacientes utilizando algunas tecnologías de información a distancia. (Dinevski, Kelc y Dugonik, 2011).

Actualmente no existe una definición única para el término – un estudio de 2007 encontró 104 definiciones revisadas por pares para el concepto "telemedicina"- (Sood, Negash, Mbarika, Kifle & Prakash, 2007), sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha convenido definirla como:

> La prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la formación continuada de los profesionales de la salud, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016, p.12)

Si bien la definición de telemedicina adoptada por la OMS ya lo esboza, conviene agregar que hoy la telemedicina no solamente comprende la atención de pacientes de forma remota por diversos medios telemáticos, sino

que se engloba bajo el alero de la *telesalud (e-Health o telehealth)*, la cual, también incluye la gestión administrativa de los usuarios de un sistema de salud, la formación a distancia de los profesionales sanitarios y el trabajo en red para la evaluación e investigación colaborativa conjunta.

1.2 Modalidades en telemedicina.

La atención vía telemedicina puede otorgarse bajo dos modalidades:

- **Modalidad sincrónica**: Se cataloga como sincrónica cuando la interacción ocurre en tiempo real y en vivo. Generalmente en una atención sincrónica la interacción se realiza mediante conversación telefónica, por radio o por videollamada. En esta modalidad, la interacción puede ocurrir de diferentes formas, según los actores involucrados:

    - Entre un paciente y un médico
    - Entre un paciente, su médico de cabecera y un médico especialista. En este formato, el médico tratante consulta al médico especialista, siendo este último quién entregará orientaciones diagnósticas y/o terapéuticas al médico tratante.
    - Entre un paciente y un medico, pero mediada por un facilitador, quien generalmente es un profesional de la salud no médico o un técnico de enfermería. El rol del facilitador es asistir al enfermo en ciertos procedimientos rutinarios, tales como medición de la presión arterial, hemoglucotest o cualquier otra acción que requiera sobre el cuerpo del paciente.
    - Entre médico y médico, discutiendo el caso clínico de un paciente, pero sin estar este último presente. Aquí también

se permite la interacción de varios médicos a la vez, constituyendo un telecomité. En ambos casos el médico que consulta recibe orientaciones del o los médicos especialistas.

- **Modalidad asincrónica:** En esta modalidad no hay una interacción en tiempo real, sino que existe un envío en diferido de datos clínicos e imágenes fijas previamente captadas y almacenadas. A esta modalidad también se le conoce como *store-and-forward*[1]. (MINSAL, 2018)

  Uno de los grandes subtipos de medicina asincrónica son los **teleinformes,** cuyo ejemplo más clásico se da en la radiología mediante el uso de sistemas RIS/PACS, donde un profesional adquiere las imágenes de un paciente mediante rayos x, tomografía computarizada, ultrasonido, resonancia magnética, etc., las que luego son grabadas y almacenadas junto a otros datos clínicos del paciente en servidores bajo protocolos de transmisión de imágenes específicos, para posteriormente ser recuperadas en otro momento y lugar por el médico radiólogo, quien las examina y envía un informe de manera remota al médico solicitante de dichos exámenes.

  También se consideran modalidades asincrónicas el uso de mensajería electrónica, como por ejemplo, el uso de correo electrónico, ya que si bien puede haber un diálogo escrito, este no se produce simultaneamente entre ambos interlocutores.

El Programa Nacional de Telemedicina del MINSAL (2018) establece ciertas recomendaciones a la hora de optar por una modalidad u otra:

[1] No existe una traducción única de este término al castellano, pero suele mencionarse en la mayoría de la literatura como "*almacenamiento y envío*" o "*almacenamiento y retransmisión*", haciendo alusión a que en esta modalidad primero se captan y guardan los datos, para luego enviarlos o transmitirlos a otro profesional o institución mediante diversas tecnologías de la información y comunicación.

Para la modalidad sincrónica se requiere tener establecidas agendas conjuntas y disponibilidad simultánea de todos los actores involucrados en la atención. En aquellos casos donde el diagnóstico o la consulta de la información enviada no implican una situación de emergencia y se puede diferir su consulta en minutos y horas, puede optarse por la modalidad asincrónica, utilizando diferentes tecnologías de la información y comunicación (TICs). (p.9)

1.3 Ventajas y desventajas de la telemedicina: (MINSAL, 2018; Nuffield Council of Bioethics, 2010, p.16)

Entre las potenciales ventajas de la telemedicina se enumeran a grandes rasgos las siguientes (Tabla 1):

Tabla 1

Ventajas de la telemedicina

Para los usuarios	- Diagnósticos y tratamientos más rápidos - Reducción del número de exámenes complementarios - Atención integral desde el primer momento - Evita desplazamientos para pacientes y acompañantes - Disminuye le gasto bolsillo - El paciente aumenta el conocimiento de su propia salud y fomenta el autocuidado. - En pacientes retraídos, la distancia entre médico y paciente, permite a estos últimos establecer una relación más tranquila y con menos aprensión frente al médico. - El paciente puede estar cuidado en casa o en otro entorno conocido, y no en una institución de salud. - Retorno más pronto al hogar (hospitalización y cuidados domiciliarios).
Para los médicos de atención primaria	- Nuevas posibilidades de efectuar consultas con especialistas. - Posibilidad de evitar desplazamientos. - Otorga más elementos de juicio a la hora de tomar decisiones. - Mejora la calidad de las imágenes diagnosticas.

	- Mejora de los circuitos de trasmisión de información, evitando la pérdida de informes. - Transferencia de conocimientos y experiencia de manejo de diversas patologías, mejorando la capacidad resolutiva y la pertinencia en la derivación
Para equipos de atención	- Provee apoyo científico y tecnológico a los profesionales - Facilita la concepción integral del paciente. - Facilita la formación continua de los profesionales y gestionar el conocimiento generado por los mismos.
Para los hospitales	- Reduce del peligro de pérdida de imágenes. - Genera diagnósticos y tratamientos más rápidos y precisos. - Mejora y acelera la comunicación entre distintos servicios. - Elimina el duplicado de información. - Aumenta la eficacia de los equipos y servicios. - Ahorro en los gastos derivados del transporte. - Optimiza procesos administrativos.
Para el sistema sanitario	- Mejor utilización y aprovechamiento de los recursos. - Facilita análisis científicos y estadísticos. - Mejor gestión de la salud pública. - Aporta recursos adicionales para la enseñanza. - Fomenta la equidad llevando la atención a las áreas aisladas - Favorecer la universalidad del acceso a la asistencia sanitaria - Apoya al desarrollo de un nuevo modelo sanitario, centrado en el paciente - Aumenta la eficiencia del sistema mediante la optimización de los recursos asistenciales, la mejora de la gestión de la demanda, la reducción de las estancias hospitalarias y la disminución de las repeticiones de actos médicos y exploraciones, así como de los desplazamientos. - Aumentar la accesibilidad de la información a todos los niveles asistenciales
Para el medioambiente	- Reduce la huella de carbono al disminuir el uso de transportes. - Reduce el uso de papelería.

En tanto, si no se toman las debidas precauciones, sus principales desventajas podrían ser:

- Riesgo de pérdida de confidencialidad y mal uso de datos sensibles ante eventuales ciberataques.
- Despersonalización de la relación médico-paciente.
- Propende que los profesionales altamente calificados no se establezcan en zonas rurales o menos desarrolladas, fenómeno conocido como *brain drain* (fuga de cerebros o éxodo intelectual).
- Si bien es ventajoso reducir los días de hospitalización, en algunos casos pueden darse altas muy prematuras desde el hospital, con mayores riesgos para el paciente.
- Vigilancia exagerada del estilo de vida del paciente. Pérdida de privacidad.
- Al requerir tecnología e infraestructura robusta para soportar la implantación de la telemedicina a gran escala, la inversión incial para cubrir los costos de implementación suele ser muy alta, especialmente en zonas rurales.
- Dificultad para adaptarse a este nuevo modelo de atención por parte de algunas personas mayores o que no son nativos digitales.
- Riesgo de pérdida de datos e imágenes debido a la compresión de archivos para aumentar la velocidad de transmisión. Esto también puede darse cuando se utilizan TICs inadecuadas.
- Aumento de la demanda a los especialistas, pudiéndose llegar a no poder satisfacer el elevado volumen asistencial de pacientes.

1.4 Telemedicina y los cambios emergentes en salud.

El *Nuffield Council on Bioethics (2010)* del Reino Unido reconoce 5 aspectos de la atención de salud que han tenido una importante evolución gracias al uso de las nuevas TICs, a saber: (p23)

- La **búsqueda de información en salud**, mediante sitios web dedicados a temas de salud y el contacto en línea con comunidades de pacientes que padecen de una misma condición.

- El **registro clínico**, que ha pasado del uso del papel a registros electrónicos seguros, accesibles e incluso modificables desde diferentes centros, permitiendo una información más ordenada y facilitando su uso para la investigación.

- La **obtención de medicamentos**, que de su tradicional venta en el mostrador de una farmacia hoy pueden adquirirse vía *on line* en los sitios web de diversas cadenas farmacéuticas. Asimismo, es relativamente fácil acceder a medicamentos de venta exclusiva bajo receta médica cuando no se cuenta con ella, mediante su comercialización ilegal en la *web* por vendedores clandestinos. Cabe destacar que en Chile actualmente no está masificado el uso de recetas electrónicas, las que deben contar con firma electrónica avanzada, según el Decreto N°1 del 5 de diciembre de 2012 del MINSAL.

- El **diagnóstico de salud, monitoreo y manejo**, que hoy permite consultas a distancia, de forma remota gracias a las nuevas TICs, sin tener que desplazarse entre distintos centros para consultar a diferentes especialistas.

- Los ***tests* genéticos o de diagnóstico** que pueden comprarse y aplicarse directamente por el usuario, tales como *tests* de paternidad, de embarazo, de seguimiento ovulatorio, detección de drogas, colesterol, glicemia, VIH, etc. Estos se publicitan como cualquier otro producto comercial y su propaganda apunta al propio paciente en vez del médico. Cabe destacar que la venta de estas pruebas autoaplicables por lo general no contempla forma alguna de consejería u orientación al

> paciente en caso de resultados desfavorables, así como tampoco puede asegurarse su fiabilidad incluso cuando se utilizan de manera correcta.

Si bien no se puede culpar a los propios avances tecnológicos de los cambios en la manera en que las personas se relacionan, la propia cultura y las actitudes de las personas hacia las nuevas tecnologías han propiciado nuevas formas de interacción y comportamiento. En los últimos años, la sociedad ha sido testigo de cómo los niños están familiarizados con el uso de la tecnología, especialmente los *smartphones* o *tablets*, incluso antes de aprender a hablar o a leer. Se recurre a la telemedicina mucho más frecuentemente de lo que podría pensarse, por ejemplo, cuando una persona discute los resultados de algún examen de laboratorio con su médico mediante una llamada telefónica o por correo electrónico. De hecho, estudios recientes demuestran que el uso de las llamadas telefónicas está decreciendo, pues su uso ha sido reemplazado por otras vías de comunicación asincrónicas, como lo son el e-mail o los mensajes de texto vía SMS (*short message service*) o aplicaciones de mensajería en línea como WhatsApp®. (Shirzadfar y Lotf, 2017)

A la vista de este cambio de paradigma, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2000), a través de su Instituto Nacional de la Salud ha manifestado que:

> La telemedicina es un instrumento de cambio organizativo, que obliga a las instituciones a pensar de otra manera, soslayando las diferencias establecidas entre los niveles asistenciales y fomentando la integración de la información que se tiene de los pacientes y la cooperación entre los profesionales. Es, además, un elemento de gestión que contribuye a la mejora de la eficacia y eficiencia de la atención prestada y a la optimización de los recursos disponibles. (p.16)

Es indudable que el desarrollo de nuevas alternativas de atención y manejo en salud está cambiando la forma en que se relacionan pacientes con proveedores sanitarios, incrementando la demanda de información por parte de los usuarios y, eventualmente, empoderándolos para tomar el control de sus propios registros médicos. La versión tradicional de la relación médico-paciente ha cambiado a tal punto que, en ocasiones, el propio paciente asume el rol de médico al autodiagnosticarse y buscar alternativas de tratamiento por su cuenta antes de consultar al sistema de salud, o bien, le exige al médico determinados exámenes o tratamientos que muchas veces no aplican a su cuadro clínico.

1.5 Telemedicina y valores éticos involucrados.

Se establecen 5 valores que podrían estar en juego en las atenciones a distancia, cualquiera sea su modalidad: (*Nuffield Council on Bioethics*, 2010, p.16).

- **El valor de salvaguardar la información privada***:* El paciente tiene derecho a guardarse información sobre sí mismo y su salud, así como también que la información que él o ella comparte dentro del contexto de la consulta no sea divulgado a terceros, a menos que así lo autoricen expresamente. Un paciente consciente de una eventual vulneración de su privacidad puede tener miedo de revelar datos importantes para un correcto diagnóstico o tratamiento, o podría ser víctima de chantajes o discriminación si es que su información clínica u otros datos sensibles son mal utilizados por terceros.

- **El valor de que cada individuo sea capaz de alcanzar sus propios intereses de la manera que estime conveniente**: Lo que se conoce como el respeto a la autonomía, se basa en que las personas son, en principio, los mejores jueces de sus propios intereses. Puede ser

degradante no tomar decisiones por sí mismo, pero se sabe que, en la práctica, los individuos rara vez toman decisiones de forma aislada, sin referencia alguna a las opiniones de otras personas de su confianza. Sin embargo, al igual que con la privacidad y la confidencialidad, la autonomía personal no es un valor que siempre supera a todos los demás, y a menudo existen poderosas razones contrarias que pueden limitarla.

- **El valor de los esfuerzos del estado para reducir daños**: Muchas veces el Estado, mediante las leyes, limita la autonomía de las personas para disminuir la posibilidad de que se dañen a sí mismas o a otros. Por ende, frecuentemente se producen conflictos entre este paternalismo y la autodeterminación de cada individuo, especialmente cuando en el afán de proteger a un grupo de la población más vulnerable, se coarta la voluntad de otros grupos más autónomos que sí están en condiciones de decidir por sí mismos.

- **El valor de utilizar los recursos públicos de manera eficiente y justa**: En salud, la eficiencia del gasto tiene mucha relación con la manera en que se destinan recursos finitos de manera justa, lo que obliga a tomar decisiones que priorizan algunos sectores versus otros en busca de beneficiar a la mayor cantidad de población. En ese sentido, el uso de nuevas tecnologías puede implicar mayor gasto en su implementación y desarrollo, pero a la larga también reduce otros costos de traslado, de infraestructura, de acceso a especialistas, etc.

- **El valor de una sociedad solidaria:** El uso de la telemedicina incorporaría un principio de equidad para todos los miembros de la sociedad, al menos en el acceso a un cierto mínimo de cuidado, apoyo y seguridad financiera, protegiendo así a los más vulnerables.

2. El acto médico

2.1 Definiciones posibles para el acto médico.

No existe una definición única para referirse al acto médico, pero puede intuirse que se trata de aquellas acciones que el médico ejecuta para conseguir el bienestar de su paciente.

> Dichas acciones se fundamentan en su conocimiento de diversas ciencias o disciplinas (fisiología, anatomía, biología, antropología, etc.), aplicándolas a cada caso en particular. Esto último le impregna cierto grado de incertidumbre y lo convierte en un arte: *ars medica*, vale decir, un oficio de constante creación intelectual. (Goic, 2000, p.28)

Pedro Laín Entralgo, en su obra "Antropología Médica" (1984) se refiere al acto médico de la siguiente forma:

> Llamo así al contenido de cada uno de los lapsos temporales en que la inmediata relación entre el médico y el enfermo no sufre interrupción: el tiempo dedicado a cada paciente en el consultorio privado, en el ambulatorio de la asistencia social o en la policlínica universitaria, el que dura la detención del clínico ante la cama durante la visita hospitalaria, etc. En este sentido, no son verdaderos actos médicos -sólo son prácticas auxiliares de ellos- la obtención de una radiografía, la práctica de una biopsia o la toma de sangre para un análisis inmunológico o bioquímico. (p. 362)

Mauricio Besio, por su parte, difiere de la idea de Laín Entralgo, al argumentar que el tiempo que el médico dedica a su paciente es meramente

una herramienta para que su acto sea más perfecto, pero no constituye el acto médico propiamente tal. Para Besio (2003), el acto médico es el zenit de la práctica médica: aquel momento donde el profesional toma una decisión, la cual es única para cada paciente y está basada en la alianza terapéutica que ambos establecen. En respuesta a este vínculo, el médico ineludiblemente tiene que decidir lo mejor, en términos de salud, para el paciente. "Acto médico es entonces aquel acto electivo realizado por un profesional cuyo campo de responsabilidad es primaria e irrenunciablemente la salud del paciente a su cargo. Busca como fin la prevención de la enfermedad o la recuperación de la salud" (p.32). Esto incluye decisiones sencillas, como solicitar un examen de sangre o indicar un analgésico, o bien, puede corresponder a una sucesión de decisiones pequeñas en el curso de una intervención quirúrgica o del examen físico del paciente.

Es importante puntualizar que cuando Besio, como él mismo señala, habla de la toma de una decisión, no se está refiriendo meramente a seguir una recomendación dada por la medicina basada en la evidencia. La decisión, si bien puede basarse en parte en dichas recomendaciones, considera otros elementos que son propios y únicos de la alianza del médico con *ese* paciente en particular, por lo que el acto médico es una decisión singular y específica, tal como un traje hecho a la medida de cada paciente:

> Es que el médico, más que especialista en determinada área de la ciencia médica, debe constituirse en "especialista" de ese paciente en particular. Debe saber captar todo ese universo existente en un paciente con nombres y apellidos, y luego concebir una intervención que para esa persona en particular represente su curación. Para ello será necesario que la escuche y logre el clima de confianza necesario, de modo que ella pueda explicitarle todo aquello de su especial intimidad que le sirva al tratante para restablecer su salud. (Besio, 2010)

Asimismo, Besio (2003) propone que existen algunas situaciones que requieren de los conocimientos o del actuar de un médico pero que no necesariamente son actos médicos. Algunos ejemplos son aquellas labores de peritaje que los médicos ejercen a petición de un juez en juicios por lesiones u homicidios, o bien, ante aseguradoras de salud. En ambos casos, el médico no está velando por el interés del propio paciente, sino que trabaja para los intereses de otras instituciones. Otro ejemplo son aquellos médicos que se dedican a la investigación clínica, puesto que en este caso el médico investigador no está buscando directamente el bienestar de los sujetos que componen la muestra, sino que su fin último en este acto es aumentar el conocimiento científico.

2.2 Componentes del acto médico

Laín Entralgo (1984) define 5 momentos que componen el acto médico, a saber:

- **Momento afectivo:** Es el sentimiento por el cual, de manera más o menos consciente, entre sí se hallan vinculados el enfermo y el médico que le atiende.

- **Momento cognoscitivo:** Habla del conocimiento de un sujeto por el otro. En otras palabras, el médico, a través de distintos medios, como la anamnesis, la observación, tacto, palpación y lectura de diversos antecedentes clínicos (exámenes, ficha, etc.) llega a comprender el caso e infiere y confirma el diagnóstico del paciente.

- **Momento operativo:** Reúne las variables que componen la terapéutica de un cuadro, entendido como algo que va más allá del fármaco o la intervención quirúrgica: también involucra las actitudes del paciente y

del médico, el contexto, la palabra curativa (lenguaje a través del cual puede haber cierto efecto "sanador", aliviando la carga psíquica o emocional del enfermo), etc.

- **Momento ético:** En tanto que plenamente humano, el acto médico es siempre un acto moral, puesto que el hombre se ve constantemente obligado a ajustar su comportamiento a su realidad y a la realidad en que vive mediante actos inteligentes y libres, dando preferencia a ciertas acciones versus otras. Un paciente puede vivir la enfermedad de un modo u otro, o bien, adoptar una posición activa o pasiva en su proceso de sanación. El médico, en tanto, puede acoger de manera amistosa o no a su enfermo, fijar honorarios justos o abusivos, limitar o no un esfuerzo terapéutico, respetar o no el secreto médico, etc.

- **Momento social:** La causa interna de toda enfermedad reside en la constitución individual del sujeto y en las modificaciones que sobre ella hayan impreso las vicisitudes de su biografía. Habiendo dos sujetos con una misma enfermedad, uno de ellos puede *sentirse* enfermo y otro, no. Asimismo, la relación entre el médico y el enfermo se realiza necesariamente dentro de un contexto social. Todo lo que en el curso de esa relación acontece (vinculación afectiva, diagnóstico, tratamiento) se halla fuertemente condicionado, en consecuencia, por el contexto histórico y social donde se desarrolla.

2.3 El acto médico como contrato y aspectos legales que lo rigen.

Algunos autores han analizado el acto médico desde un punto de vista contractual, puesto que, del acuerdo entre el que dice curar y el que busca ser curado, emanan obligaciones para ambas partes. Este contrato es viable aun cuando una de las partes no tenga la autonomía para elegir a su contraparte, por ejemplo, cuando una persona enferma acude a un centro de urgencia y

debe atenderse con el médico de turno. En este mismo caso, el médico no elige a qué pacientes atender ni tampoco puede garantizar que efectivamente va a curar al paciente. Es por ello que se dice que la obligación del médico para con su paciente es de medios (prestación de servicios) y no de resultados. Por ende, el médico tiene la obligación de intentar, bajo todos los medios, la sanación del enfermo y éste a su vez tiene la obligación de expresarse siempre con la verdad, pues la medicina no puede curar lo que ignora. (Guzmán, Franco, Morales de Barrios y Mendoza, 1994; Ley N° 20584, 2012)

A pesar de que se intente comparar la relación médico-paciente con un contrato, Pizarro Wilson (2014) sostiene que "es un contrato atípico, en el sentido que no aparece su régimen legal descrito en forma orgánica y sistemática en la ley" (p.829). Además de ser atípico es complejo, porque "confluyen en su contenido un conjunto de obligaciones y derechos, cuyo origen se encuentra en las prácticas, la *lex artis* y en forma dispersa por la voluntad del legislador" (p.829).

Todos los artículos del Código Civil chileno que hacen referencia a los contratos de arrendamiento de servicios inmateriales no son útiles a la hora de regular la relación entre el médico y el paciente, ya que no se ajustan a este escenario en particular. (Pizarro Wilson, 2014)

Lo afirmado por Pizarro se complementa al examinar algunas leyes que aluden a la prestación de servicios médicos. La principal de ellas es la Constitución Política de Chile, que asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud y establece como deber del Estado proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. (Constitución de la República de Chile Art.19° N° 9 D.O. 24.10.1980)

Por su parte, el Código Sanitario, cuerpo legal que rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud, señala en su libro V, art. 112, que:

> Sólo podrán desempeñar actividades propias de la medicina, odontología, química y farmacia u otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, quienes poseen el título respectivo otorgado por la Universidad de Chile u otra Universidad reconocida por el Estado y estén habilitados legalmente para el ejercicio de sus profesiones. (DFL N° 725, art.112)

Si bien el citado artículo no es claro en definir cuáles son aquellas actividades propias de la medicina, puede inferirse posteriormente en el texto que son aquellas que se realizan con el propósito de formular diagnóstico, pronóstico o tratamiento (DFL N° 725, 1968, art. 113). Cabe mencionar que más allá de los artículos mencionados, no hay alusión directa textual al acto médico ni a la relación médico-paciente, sin embargo, en enero de 2019 se creó una comisión para modificar el Libro V, cuyo objetivo es proponer un nuevo marco regulatorio para el quehacer de las profesiones de la salud, que contenga los desafíos de éstos en la práctica, con el fin de garantizar la calidad de atención y la eficiencia del sistema de salud. (MINSAL - División Jurídica, 2019)

La Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud establece en su artículo 2º que “Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes”, pero no hace alusión a si dichas formas son

estrictamente presenciales o si pueden ser ejecutadas a distancia. (Ley N°20.584, 2012)

A pesar de que no existen leyes concretas sobre el tema, el MINSAL ya reconoce en un memorándum de su División Jurídica que:

Las garantías de "consultoría, evaluación o control que deben ejecutar los profesionales especialistas (…), en tanto dichas prestaciones constituyan el apoyo diagnóstico y clínico de los actos médicos comprometidos en las garantías ya señaladas, esta División no avizora inconveniente en comprender que dichas garantías sean satisfechas mediante su ejecución por "Telemedicina" e incluyen la participación de los especialistas del caso" (MINSAL - División Jurídica, 2013)

El mismo memorándum citado anteriormente señala además que:

> En materia de responsabilidad profesional es posible advertir que ella se configura sobre la base de las actuaciones que cada profesional ejecuta en la atención de salud y debe ser analizada en cada caso dependiendo de la forma en que ella se desarrolle. (…) En este contexto es necesario recalcar que junto con el paciente que se trate siempre deberá existir un equipo médico que lo evalúe de manera presencial y desarrolle las labores propias del acto médico, incorporando en ello aquellas ritualidades que las leyes exigen, tanto respecto de la información, como del consentimiento previo (…) y ejecutando las acciones de diagnóstico, pronóstico y tratamiento; siendo el procedimiento de telemedicina un apoyo técnico que se presta de manera colaborativa, en función de otorgar la mejor resolutividad de la prestación de salud posible y acorde a las necesidades del referido paciente. (MINSAL - División Jurídica, 2013)

2.4 La relación médico-paciente durante atenciones vía telemedicina sincrónica y asincrónica: breves ejemplos de la experiencia reportada.

La aplicación de la telemedicina ha venido a imponer un cambio en el paradigma de la relación médico-paciente tradicional, debiendo hacer un sinnúmero de adaptaciones que propendan a establecer un vínculo de confianza entre los participantes del acto médico, a pesar de la carencia de contacto táctil en la modalidad sincrónica o incluso visual

La limitación del estímulo táctil y la comunicación no-verbal que imponen algunas modalidades de telemedicina también podría afectar el desarrollo de la alianza terapéutica, vital para un acto médico exitoso. Ello incluso es más relevante en las modalidades asincrónicas, donde se suma la pérdida del input visual y e incluso auditivo.

En psiquiatría se ha descrito que pueden realizarse consultas por videollamada con el mismo éxito terapéutico que una consulta cara a cara. Yellowlees, Chan & Parish (2015) plantean que cuando el médico y su paciente se comunican a distancia, se reduce la barrera de autoridad del primero sobre el segundo; lo que permite al paciente hablar temas embarazosos con mayor espontaneidad y, además, pudiéndolo hacer desde un espacio físico conocido y seguro. Asimismo, algunos psiquiatras lo perciben como un medio más seguro para ellos mismos, especialmente cuando tratan pacientes violentos que eventualmente podrían agredirlos físicamente. A diferencia del encuentro personal cara a cara, los autores plantean que en la videollamada hay un mayor contacto visual que en la consulta presencial.

La telepsiquiatría también ha dado espacio a la comunicación por vía asincrónica. Yellowlees, Chan & Parish (2015) lo ilustran con el siguiente ejemplo de una mujer de 70 años, que asistía a controles constantes por

trastorno bipolar, manteniéndose estable con el uso de estabilizadores del ánimo:

> Ella y su esposo decidieron tomar un viaje de retiro de 6 meses durante el cual la mujer se deprimió. Hizo que su esposo grabara un video de 5 minutos de sí misma en el balcón de una habitación de hotel en el que describió sus síntomas. Luego, ella lo envió con un mensaje de texto a su psiquiatra, quien lo revisó y confirmó que se veía y sonaba deprimida, demostrando una serie de síntomas biológicos de depresión. El siquiatra le respondió a través de un correo electrónico seguro y envió una receta de antidepresivos a una farmacia cercana al lugar donde la paciente se encontraba a través del registro médico electrónico, donde documentó la "consulta". Ella respondió bien a los nuevos medicamentos y siguió en contacto con su siquiatra mediante correo electrónico sin tener que interrumpir su viaje. (p.482)

Miller (2003), en tanto, asegura que el escenario donde se desarrolle la videollamada es importante, pues para algunos pacientes la información que obtienen del espacio físico (fotografías, diplomas, certificados, etc.) les "habla" de cómo es el médico en cuanto a experto y persona, repercutiendo en la empatía que puedan percibir. Cabe señalar que, lamentablemente, este detalle es cada vez menos frecuente, ya que las consultas institucionales no admiten elementos decorativos personalizados. En contra, el mismo autor señala que hablarle a una videocámara puede generar un sentimiento de falta de privacidad, desconfianza o timidez, tanto en el médico como en el paciente. En los casos donde hay reticencia, se puede ir familiarizando al paciente con estas nuevas modalidades de atención si de antemano se le explica cómo funciona, si se le advierte que su privacidad está garantizada, que no hay otros "detrás de cámaras" y que el médico lo atenderá utilizando toda su experiencia con el mismo cuidado, respeto y calidad que una consulta presencial.

Por su parte, Torppa, Timonen, Keinänen-Kiukaanniemi, Larivaara & Leiman (2006) realizaron un análisis cualitativo de la interacción entre paciente, médico y enfermera, sosteniendo que en ocasiones es necesaria la presencia de un tercero que actúe como facilitador entre médico y paciente, para suplir la falta de contacto físico entre ambos. Facilitador y médico verán favorecidos sus desempeños si se conocen previamente y entre ellos ya existe un vínculo de confianza.

En el campo de la cirugía, el avance de la técnica ha permitido la incorporación de equipos de cirugía robótica que pueden ser operados a distancia en tiempo real por cirujanos expertos. En casos donde ese experto no puede estar presente en el pabellón, puede efectuar el procedimiento quirúrgico a distancia, siendo asistido por uno o dos cirujanos que estén presentes en pabellón junto al paciente, por motivos de seguridad. Esto puede darse cuando la técnica quirúrgica sea muy específica y sólo unos pocos cirujanos tengan las competencias para poder realizarla, o bien cuando no se dispone del cirujano adecuado localmente. Lo anterior necesariamente obliga a añadir un tercer elemento a la diada médico-paciente. El rol del médico que opera a distancia no está bien definido aún en esta nueva relación *médicos-paciente*, pero se cree que tiene un rol secundario respecto del médico que atiende presencialmente al paciente y a quien éste consultó en primera instancia. No obstante, su compromiso con el bienestar del paciente y con los principios éticos se manifiesta del mismo modo que el cirujano presencial. En la práctica, este paciente debe ser informado del modo en que se realizará la cirugía y debe existir una instancia previa donde el paciente, su cirujano y el cirujano remoto experto se conozcan entre sí y tracen en conjunto los pasos a seguir, en concordancia con los intereses del paciente y lo que sea mejor para él. (Fuertes-Guiró & Viteri, 2018; Budrionis, Hasvold, Hartvigsen & Bellika, 2016). Esta instancia de reconocimiento puede ser presencial o a distancia, pero siempre de manera simultánea con las tres partes presentes.

En experiencias asincrónicas, donde no hay interacción en tiempo real ni facilitadores de por medio, como ocurre en las consultas por e-mail y mensajería, también se han descrito casos donde el paciente puede percibir el compromiso del facultativo con su salud, disminuyendo su ansiedad y la policonsulta presencial. Se debe asegurar por algún modo que estas conversaciones sean confidenciales, o bien, advertirle al paciente sobre la posibilidad que sean vulneradas. (Spielberg, 1998; Andreassen, Trondsen, Kummervold, Gammon & Hjortdahl, 2006; Blake, Schwemmer & Sade, 2012)

DISCUSIÓN

Al explorar las distintas definiciones que existen actualmente para el acto médico, puede observarse que no existe consenso entre los autores examinados, ni tampoco hay total claridad desde el punto de vista normativo y jurídico. No obstante, con independencia que por acto médico se entienda "todos los momentos de interacción con el enfermo" o "la toma de una decisión clínica única para cada paciente", parece haber algunos elementos en común entre ambas visiones:

- Es una forma especial de relación entre personas.
- La mayoría de las veces se trata de actos que son ejecutados por una persona y no por un equipo, o al menos, un equipo liderado por una persona que actúa como interlocutor con el paciente y responsable final del mismo.
- Deben ser realizados por un médico, rigiéndose por la *lex artis*. Esta idea está en concordancia además con la normativa chilena vigente.
- El médico actúa necesariamente buscando la curación del paciente o su bienestar como fin último, ya sea promoviendo la salud, tratando o rehabilitando. (Guzmán, Franco, Morales de Barrios y Mendoza, 1994)
- El acto médico involucra tanto las competencias técnico-procedimentales de la medicina, como el *rapport* o sintonía psicológica que se da entre el paciente y su médico.
- Tanto el acto médico definido por Laín Entralgo como por Besio buscan y a la vez requieren de un conocimiento profundo de las necesidades, expectativas, oportunidades y temores del paciente, para lo cual es indispensable el establecimiento de una alianza terapéutica basada en la libertad, la confianza y la verdad.

Con estas similitudes, queda de manifiesto que la ejecución de un correcto acto médico requiere de una relación médico-paciente exitosa. Con la

información obtenida sobre cómo se presenta ésta en las diferentes modalidades telemáticas, se podría establecer en cuáles existen realmente actos médicos y de qué forma pueden salvaguardarse todos aquellos aspectos que fortalecen o amenazan el vínculo de confianza necesario para establecer la alianza terapéutica.

En las modalidades sincrónicas, las consultas por videollamada pueden perfectamente dar origen a actos médicos verdaderos, puesto que pueden llegar a cumplirse los momentos del acto médico propuestos por Laín Entralgo y, además, existen reportes de experiencias donde se ha establecido relaciones de confianza mutua, que han derivado en terapéuticas exitosas. Este mismo panorama podrían darse también actos médicos en las consultas por medios audibles (teléfono, radio, etc.), aunque probablemente sea necesario que médico y paciente ya hayan interactuado previamente de forma personal o por videollamada, de modo que el conocimiento del médico por su paciente incluya también información visual de signos o características propias de la persona que va a tratar.

Cuando las consultas sincrónicas por videollamada son mediadas por un facilitador, el acto médico sigue siendo ejecutado por el facultativo, sólo que éste no se encuentra allí físicamente pero puede interactuar verbalmente con el paciente. Es necesario que el facilitador no adquiera un protagonismo que opaque la figura del médico, para que el paciente no confunda los roles de los involucrados y canalice sus inquietudes a quien corresponda. Asimismo, el facilitador puede ayudar al paciente que tenga dificultades para comunicarse, sin embargo, no debe convertirse en su vocero ni intervenir excesivamente en el diálogo médico – enfermo.

El caso de la telecirugía difiere de los señalados anteriormente, ya que plantea un desafío a la diada médico-paciente al introducir un tercero (el médico especialista) que también toma decisiones durante el acto quirúrgico

en pos de su bienestar. Tal como mencionan Fuertes-Guiró & Viteri (2018), pese a que puede haber otro cirujano operando un robot quirúrgico a distancia, el acto médico sigue siendo ejecutado por el médico que se encuentra junto al paciente y que solicita ayuda al especialista. Es con este profesional donde el paciente tuvo un vinculo afectivo y depositó su confianza en primera instancia y, en respuesta a ello, fue éste médico quien decidió solicitar apoyo al especialista.

Continuando en el terreno de la tele-cirugía, el determinar si existe o no acto médico se torna más complejo en aquellas situaciones donde se deben realizar cirugías o procedimientos de emergencia a pacientes que no están en condiciones físicas o mentales de expresar síntomas o emitir opiniones. A modo de ejemplo, están los sistemas de telemedicina de emergencia en neurología vascular, que garantizan el acceso y la oportunidad diagnóstica en el accidente cerebro-vascular hiperagudo, aplicando el tratamiento trombolítico endovenoso, si procede. En dichos sistemas, el paciente que llega a urgencias por sospecha de ACV es inmediatamente examinado mediante tomografía axial computarizada y se le toman muestras para exámenes de laboratorio. Una vez adquiridas las neuroimágenes, se traslada al paciente a un box acondicionado para iniciar la teleconsulta, donde el médico de turno se comunica con el neurólogo mediante un sistema formal que, entre otras cosas, tiene una cámara de alta definición además de una cámara cenital, permitiendo al neurólogo observar al paciente y practicar en conjunto con el médico de turno el examen neurológico estandarizado. Esta información junto a todos los resultados de los demás exámenes, permite tomar la decisión de si se tromboliza o no. En caso positivo, se usa un kit de trombolisis para inyectar el medicamento indicado, en un proceso que se extiende por una hora, durante la cual el neurólogo apoya a distancia al equipo que está con el paciente, por si tiene complicaciones. Posteriormente, el neurólogo participa a distancia en los controles que se hacen a las tres y a las 24 horas (Valenzuela, 2016). De acuerdo a la forma de proceder, parte del examen y la decisión de trombolizar

al paciente se toma en conjunto entre urgenciólogo y neurólogo, pero quien realiza el procedimiento es el médico presente junto al paciente. Asimismo, el enfermo no está en condiciones de conocer a su médico ni de relatarle sus síntomas, por lo tanto, no se da el diálogo necesario para conocer la unicidad de ese paciente en particular. A ello se suma que el territorio y el evento son desconocidos para el paciente y, encima, el médico tiene que actuar con inmediatez (Bernat-Adell, M., Ballester-Arnal, R. y Abizanda-Campos, R., 2012). Podría argumentarse que, pese a que no existe un vínculo propiamente tal, el paciente acude a urgencia buscando ayuda porque confía en que allí están los profesionales más idóneos para brindarla y, por otra parte, el médico pondrá a disposición todos sus conocimientos y competencias para proceder según lo que crea que es mejor para ese paciente.

En el campo de la telemedicina asincrónica, algunas especialidades han desarrollado diversas plataformas que actúan como repositorio de exámenes de distintos pacientes para su observación y emisión de impresiones diagnósticas, lo que se conoce como teleinformes. Algunos casos implementados en Chile son la teleradiología, teledermatología, teleoftalmología, telenefrología, teleelectrocardiograma, teleTACO (tratamiento anticoagulante oral), etc. (MINSAL, 2018). A diferencia de la comunicación asincrónica por mensajería instantánea o correo electrónico, los teleinformes son ejemplos por excelencia de la telemedicina asincrónica del tipo *store-and-forward*, donde el paciente no tiene oportunidad de dialogar directamente con el médico especialista, aún en forma diferida. Si se considera que en esta modalidad sólo se solicita la opinión de un experto, podría afirmarse que no existe un acto médico propiamente tal, sino que el médico especialista actúa solamente como un consultor del médico que solicitó su consejo en primera instancia. A pesar de que el médico consultado ponga a disposición toda su *expertise* y tenga plena conciencia de que su opinión repercutirá en la salud de una persona, no se satisfacen todos los elementos que debieran estar presentes en un acto médico, tanto para la

definición entregada por Besio, como la de Laín Entralgo. En este caso, los actos médicos son ejecutados por el médico primario, internista o de familia, quien solicitó la teleconsulta de especialidad. Si bien los exámenes que acompañan al teleinforme pueden ser realizados por otros profesionales de la salud, esto no reemplaza la interacción o dialogo entre el paciente y su médico, quien solicita dichos exámenes. Sin duda, el profesional no médico puede tener proximidad y contacto físico directo, ejercer contención, aclarar dudas y servir de nexo con el médico especialista, pero por ningún motivo puede ejercer la función diagnóstica y, por ende, anticipar resultados o posibles interpretaciones del médico especialista.

Otra modalidad asincrónica como la comunicación por e-mail es puesta bajo la lupa por Miller (2010), quien afirma que si este medio de comunicación sirve para influir en los resultados de salud, lo hace principalmente al complementar el contacto convencional cara a cara. Debido a que el contacto por correo electrónico está supeditado a un mejor acceso a los médicos, los pacientes pueden comunicarse por esta vía sólo si el facultativo les brinda esa posibilidad, lo que actualmente pocos profesionales están dispuestos a hacer (p.15), probablemente por asuntos médico legales, o bien, para evitar la policonsulta. La idea de complementar los encuentros cara a cara es apoyada por el ejemplo descrito por Yellowlees, Chan & Parish (2015) y citado anteriormente, donde la paciente deprimida pudo ser contenida y ayudada por su médico psiquiatra tratante a través de correos electrónicos, medio por el cual también le fue dispensada una nueva receta médica. Pese a ser de modo asincrónico, su médico pudo tomar la mejor decisión para ella y continuar con una vigilancia a distancia por escrito. En este ejemplo también pueden evidenciarse los 5 momentos del acto médico descritos por Laín Entralgo, pero facilitados por el hecho de que paciente y médico ya tenían una conexión previa.

¿Puede asegurarse el profesionalismo y la responsabilidad del médico en las atenciones vía telemedicina para lograr un acto médico exitoso?

Pese a que existen reportes de satisfacción usuaria con diversas modalidades de telemedicina (Miller, 2010), algunos médicos se sienten frustrados en la medida que los cambios en los sistemas de atención de salud, prácticamente en todos los países industrializados, amenazan la naturaleza y los valores mismos de la profesión médica. En respuesta a ello, la Federación Europea de Medicina Interna, el *American College of Physicians - American Society of Internal Medicine* y el *American Board of Internal Medicine* emitieron el año 2002 una declaración conjunta respecto del profesionalismo que abarca 3 principios generales a los que los profesionales médicos pudieran y debieran aspirar, esto en el marco del contrato que la medicina tiene con la sociedad. Todos estos principios se ajustan o se expresan de manera compleja o sutil en las diferentes variantes de la atención médica, incluyendo la telemedicina, y corresponden a los siguientes: *principio de primacía del bienestar del paciente*, *principio de autonomía del paciente* y *principio de justicia social*. Este último principio manda a promover justicia en el sistema de atención de salud, incluyendo la distribución equitativa de los recursos asistenciales, y compromete a los médicos a trabajar colaborativamente para maximizar los cuidados de los pacientes. (ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, 2003)

Parece ser que cualquiera sea el escenario donde se desarrolle el acto médico, su ejecutor debe actuar en concordancia con los principios señalados anteriormente. Para ello es necesario que el médico cultive una autodisciplina y ética suficiente que le permitan conocer sus propias limitaciones e identificar en qué escenarios a distancia no se reúnen las condiciones mínimas para poder efectuar un acto médico seguro y que beneficie al paciente. Si no se puede asegurar que el acto médico a distancia beneficie y no dañe al

paciente, ese acto médico no puede ser llevado a cabo y deberá optarse por la modalidad presencial. Así es el caso, por ejemplo, cuando el examen físico sea clave e ineludible para el diagnóstico, o bien, para la comunicación de diagnósticos o resultados infaustos, donde puede ser necesaria una contención emocional y física *in situ*. Esto mismo hace pensar que las videollamadas debiesen evitarse en casos donde el paciente puede autoinflingirse daño o amenace con dañar a otros.

¿La telemedicina en sus diferentes modalidades es respetuosa de la persona? ¿Cosifica al paciente?

Si bien una de las grandes desventajas que comúnmente se atribuye a la medicina es la despersonalización de la atención en salud, ya se ha demostrado que tomando ciertas precauciones puede existir una alianza terapéutica que permita un acto médico en las formas sincrónicas y en algunas asincrónicas.

Incluso, en aquellos casos de teleinformes, donde no existe una relación médico paciente como tal, es deber del médico que informa tratar estos datos privados con el mismo sigilo y secreto profesional que tendría si tuviera al paciente enfrente. Hevia, Bosch, Moënne y García (2018) recomiendan en la práctica de la radiología "(…) evitar la deshumanización y despersonalización al analizar los estudios imagenológicos. Es nuestra responsabilidad como radiólogos mantener el foco del quehacer diario centrado en el paciente" (p.4).

Aunque implementar un programa de telemedicina requiere de una inversión inicial fuerte, a la larga desde el punto de vista económico, la telemedicina tiene un efecto positivo y beneficioso, principalmente en la disminución de costos de infraestructura hospitalaria y en traslado de los pacientes y profesionales. Cuando la atención a distancia se desarrolla con tal

profesionalismo, calidad y calidez que permite una alianza terapéutica robusta, el acto médico a distancia puede llegar a ser tan humano e íntimo como el presencial.

A pesar de lo anterior, la intencionalidad de un programa de telemedicina y la forma en que este se articula y funciona deben estar siempre fundados en los beneficios que traerá al paciente y no en meros aspectos técnicos, como es la disminución de listas de espera. Cuando el objeto y los fines de los actos no tienen que ver con el bienestar de las personas que se pretende cuidar, entonces el paciente toma un rol secundario y se transforma en un número que servirá para mejorar estadísticas y hacer propaganda, resultando en una cosificación de la persona y una deshumanización de la medicina.

Si bien nuestro país ya cuenta con un Programa Nacional de Telesalud, desarrollado por el ministerio del ramo, urge la necesidad de crear una Ley que defina y regule la telemedicina y la telesalud en general. Las normativas actuales se han quedado obsoletas a la hora de dar cabida a las nuevas formas de practicar la medicina. Asimismo, esta nueva ley debe considerar a la telemedicina como una modalidad de atención, más que como una mera prestación o como un servicio (Comisión Nacional de Productividad, 2018), para que pueda ser codificada y reembolsada por los diferentes prestadores de salud, ya sean públicos o privados. El espíritu de dicha ley debe tener su génesis en asegurar la protección y el bienestar de las personas y no en los intereses económicos, donde la atención sea sólo un artilugio para mejorar los indicadores de atención.

Junto con ello, se requiere generar normativas específicas sobre ciberseguridad, que endurezcan las penas para toda persona natural o entidad que intente o logre vulnerar las barreras informáticas y con ello acceder a datos sensibles de las personas usuarias de sistemas de telesalud. Si entre las

bases de la alianza terapéutica y del acto médico se encuentran la confianza y el secreto médico, deben tomarse las máximas precauciones para proteger la intimidad de las personas.

CONCLUSIÓN

Algunos autores han demostrado que aunque la piedra angular de la relación médico-paciente considera la cercanía al cuerpo del otro, el contacto visual y los gestos que simbolicen empatía, su ausencia no impide que en las distintas modalidades que la telemedicina ofrece pueda desarrollarse un vínculo de confianza entre médico y paciente, incluso cuando la interacción ocurre asincrónicamente (Blake, Schwemmer & Sade, 2012). Distintas ramas de la medicina, como la psiquiatría, la oftalmología, la radiología, dermatología, la medicina aeroespacial, entre otras, ya han sabido responder en parte a estos cambios, teniendo buenos resultados.

Frente a la pregunta de investigación sobre si puede considerarse la atención vía telemedicina un acto médico, se concluye que a excepción de la modalidad de teleinformes, el resto de las modalidades, tanto sincrónicas como asincrónicas pueden dar lugar a actos médicos hechos de manera no presencial con el enfermo, pues, en definitiva, cuando son correctamente ejecutados, cuentan con las mismas características que debiera reunir un acto médico presencial, esto es: el mismo grado de compromiso, confidencialidad, responsabilidad médica, calidad y conocimiento de las necesidades del paciente en particular. Algunas instancias asincrónicas, como por ejemplo la comunicación vía correo electrónico, también pueden ser consideradas actos médicos, siempre y cuando no sea una primera consulta. Puede darse que algunos facultativos ofrezcan la posibilidad de comunicarse de manera escrita en caso de emergencia o para informar la evolución de una terapia, resultados de análisis de laboratorio etc. Como ya existe un vínculo previo entre ambos, hay conocimiento del cuadro clínico y de las necesidades de este paciente en particular, es posible que el médico en algunos casos emita recomendaciones que pueden aliviar el sufrimiento del paciente.

En alusión a los cinco momentos que componen el acto médico de Laín Entralgo (afectivo, cognoscitivo, operativo, ético y social), las atenciones por vía telemedicina pueden desarrollarlos en su totalidad independiente de la carencia de contacto físico. Es decir, puede existir un vínculo afectivo mutuo que permita el conocimiento del otro, condición que facilita el trazado de un plan de acción que propenda a aliviar el sufrimiento del paciente y restablecer su bienestar. Dicho proceso debiera realizarse estrictamente apegándose a las normas éticas y de la *lex artis*, teniendo siempre en consideración la unicidad de cada paciente.

A diferencia de lo previamente expuesto, en el caso de los teleinformes, estos no logran reunir las condiciones mínimas y momentos que debe tener el acto médico, especialmente porque en ellas el paciente no tiene conocimiento alguno del médico que informará el examen o emitirá su opinión. Junto con ello, difícilmente ha habido un encuentro previo simultáneo entre ambos, ya sea de forma presencial o a distancia. El médico que informa puede tener todos los antecedentes clínicos a la vista y quizá conocer todas las características psicológicas o datos sociodemográficos del paciente, pero ello jamás podrá igualarse al vínculo que puede lograr con él durante el encuentro médico, fruto de la empatía y asertividad del diálogo. En referencia a los postulados de Besio, podría afirmarse que la emisión de teleinformes es más bien un acto del médico que un acto médico. El médico tratante que solicita la opinión a un colega especialista es quien tiene la obligación de tomar las decisiones finales, ejecutando verdaderamente el acto médico.

Lo anterior no quiere decir que aquellas especialidades médicas que tienen menor proximidad con el paciente, como por ejemplo, la radiología o la anatomía patológica, no puedan desempeñar actos médicos. Radiólogos, anátomo-patólogos, médicos forenses, etc. poseen rigurosos códigos de ética que los obligan a tratar los exámenes imagenológicos o muestras biológicas

con el mismo profesionalismo que cualquier otra especialidad. Además, ellos no solamente están confinados a entregar sus impresiones diagnósticas analizando datos de manera remota, pues existen un sinfín de instancias donde interactúan con los pacientes y sus familiares, por ejemplo, al realizar una ecografía, al tomar muestras de tejido o al constatar las lesiones corporales de una víctima de delito, etc. lo que requiere movilizar tanto sus conocimientos técnicos como todas las competencias que le permitan una comunicación efectiva para lograr las decisiones propias del acto médico.

Por todo lo expuesto, no se hace necesaria una redefinición del acto médico, pues las definiciones actuales y sus puntos en común sí pueden estar presentes en su totalidad en una consulta a distancia. No obstante, para que esto se cumpla, se deben tomar una serie de precauciones o medidas que faciliten el establecimiento de una relación médico-paciente robusta. Lamentablemente la tecnología se ha adelantado a la actualización de las legislaciones vigentes y, en consecuencia, urge la necesidad de que nuestro país cuente con un marco legal que rija las atenciones por vía telemática, entendiéndola más que como un servicio, como otra modalidad de consulta, que debe alcanzar los mismos estándares de calidad que tiene una consulta presencial. Dicha ley debe establecer los recursos tecnológicos mínimos, tanto de infraestructura (*hardware* y *software*), como de almacenamiento de datos sensibles y seguridad informática, con el fin de establecer una conexión estable y lo más protegida posible ante ciberataques. Asimismo, debe fijar criterios que permitan la habilitación de consultas que operarán por vía telemática, como también habilitar a los profesionales que la ejercerán y, probablemente, describir aquellos cuadros o situaciones en que la atención por telemedicina esté prohibida o fuertemente contraindicada. En atención a la inclusión de todas las personas y a actitudes que fomenten la no discriminación, la atención por telemedicina, al igual que la atención tradicional o presencial, deberá ser dispensada en el idioma del paciente e incluso bajo la presencia de un facilitador intercultural, especialmente cuando

se trate de grupos que tienen cosmovisiones diferentes del proceso de salud-enfermedad, como por ejemplo, pacientes pertenecientes al pueblo mapuche, rapa nui, o que forman parte de las migraciones contemporáneas en Chile, como es el caso de las personas haitianas.

Puede darse la eventualidad que algunos pacientes se nieguen a ser atendidos a distancia y sigan prefiriendo la atención presencial. En estos casos, si el sistema de salud les ofrece solamente esta alternativa como forma de acceso a especialistas, se estaría menoscabando su legítimo derecho a ser atendidos como el resto de la población. Para salvaguardar la dignidad de estas personas, la utilización de la telemedicina estaría contraindicada si, a pesar de haberle explicado las ventajas de la misma y los inconvenientes de su decisión, el paciente se niega a ser atendido por esta vía.

La adopción de la modalidad a distancia y la creación de leyes que la regulen plantean varios desafíos para el país y para los propios usuarios de los servicios de salud. En primera instancia, se debería fomentar la adopción de un sistema que permita la emisión de recetas médicas con firma digital avanzada cuando la atención requiera de tratamiento farmacológico. Pese a que las normativas ligadas a la farmacología lo permiten, su uso es muy limitado. Dicha firma electrónica, al ser de avanzada, tiene la misma validez que la emanada de puño y letra del médico, no obstante, se debe disponer de las medidas de seguridad necesarias para evitar falsificaciones o adulteraciones de dichos documentos, o bien, crear un mecanismo bajo el cual el paciente pueda retirar los medicamentos prescritos a su nombre en farmacias establecidas, como muestra la experiencia de otros países.

Las universidades donde se forman los médicos del futuro deben incorporar a sus programas de estudio la enseñanza de competencias que les permitan un buen desempeño en consultas a distancia; asimismo, deben reforzar el desarrollo de habilidades blandas que permitan a sus estudiantes

dispensar una atención más humanizada mediante una buena comunicación y un lenguaje verbal apropiado, por ejemplo ante las cámaras de video. Probablemente la formación de los nuevos profesionales de la salud vaya incorporando naturalmente estas técnicas puesto que los *nativos digitales*, en su mayoría, ya las utilizan a diario para relacionarse con su familia y amigos. En cuanto a los saberes propios de la medicina, la anamnesis cobrará más que nunca relevancia ante la imposibilidad de efectuar el examen físico, por lo que será vital escuchar activamente al enfermo y realizar una mayor cantidad de preguntas que aclaren el cuadro. Esto mismo hará que los pacientes tengan también un rol más activo en su propio proceso de salud-enfermedad, empoderándolos de su participación en la consulta y verbalizando de manera más precisa sus síntomas, no obstante, puede ser a la vez un hecho problemático si consideramos que personas con menos escolaridad tienden a expresarse con más gestos que palabras (Miller, 2003).

Finalmente, los programas de telemedicina que se sigan creando de ahora en adelante deben ser fiscalizados permanentemente para asegurar su calidad. Es probable que deban someterse a los mismos procesos de acreditación que se desarrollan en las clínicas privadas y hospitales públicos. A pesar de que la literatura recomienda la adopción de consultas vía telemedicina para países en vías de desarrollo, al ser un sistema muy nuevo para nuestra propia realidad y escasamente regulado, todavía no existen estudios concluyentes que reporten la satisfacción usuaria de los pacientes que componen el contexto local. Por ende, una de las limitantes de este trabajo es que no permite saber a ciencia cierta en qué medida nuestra propia idiosincrasia permitirá la adecuación a estas nuevas formas de atención, atípicas para nuestras costumbres, ni en qué medida los pacientes percibirán los beneficios que la telemedicina dice tener. A pesar de ello, lo aquí descrito intenta anticipar las oportunidades o dificultades evidenciadas en la implementación y uso de programas de medicina a distancia y, por sobre todo, instar a que las leyes que se crearán o modificarán a futuro definan de forma

más clara el acto médico y acepte que este mismo puede darse, bajo ciertas condiciones, tanto en la modalidad presencial como en la mayoría de las modalidades no presenciales.

REFERENCIAS

ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. (2003). Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina. *Revista Médica de Chile, 131*(4), 457-460. Traducción del artículo original (2002). Medical professionalism in the new millenium: A physician charter. *Annals of Internal Medicine, 136,* 243-6.

Andreassen, H., Trondsen, M., Kummervold, P., Gammon, D. & Hjortdahl, P. (2006). Patients Who Use E-Mediated Communication With Their Doctor: New Constructions of Trust in the Patient-Doctor Relationship. *Qualitative Health Research 16,* 238-248.

Bernat-Adell, M., Ballester-Arnal, R. y Abizanda-Campos, R. (2012). "¿Es el paciente crítico competente para tomar decisiones?: Razones psicológicas y psicopatológicas de la alteración cognitiva." *Medicina Intensiva 36*(6), 416-422.

Besio, M. (2003). Sobre el acto médico. *Cuadernos de Bioética, 50*(14), 25-38.

Besio, M. (2010). El acto médico: ¿una creación original? Reflexiones sobre su esencia, surgimiento y riesgos a los que se expone. *Acta bioethica, 16*(1), 51-60.

Blake JH, Schwemmer M & Sade R. (2012). The Patient-Surgeon Relationship in the Cyber Era: Communication and Information. *Thoracic Surgery Clinics* 22, 531-538.

Budrionis A, Hasvold P, Hartvigsen G, Bellika JG. Assessing the impact of telestration on surgical telementoring: A randomized controlled trial. *J Telemed Telecare* 2016; 22(1): 12

Comisión Nacional de Productividad. (2018). *Tecnologías disruptivas: Desafíos, riesgos y oportunidades.* Recuperado de http://www.comisiondeproductividad.cl/wp-content/uploads/2018/06/Cap%C3%ADtulo-VI-Telemedicina.pdf

Constitución de la República de Chile [Const.] (1980), Artículo 19, N° 9 [Capítulo III].

Corte de Apelaciones de Santiago. (2018). Rol 24742-2018. Recuperado de http://ipj10-110.poderjudicial.cl/documents/396729/0/GES+NEFROLOGO+LA+FLORIDA.pdf/3a7cfa4f-639a-446b-a4d8-614a7208bd68

DFL N° 725. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 31 de enero de 1968.

Dinevski, D., Kelc R. y Dugonik B. (2011). Video Communication in Telemedicine. En G. Graschew. (Ed.), *Advances in Telemedicine: Technologies, Enabling Factors and Scenarios* (p.211). doi: 10.5772/575

Fuertes-Guiró F, Viteri Velasco E. Ethical aspects involving the use of information technology in new surgical aplications: telesurgery and surgical telementoring. Acta Bioethica 2018; 24 (2): 167-179

Goic, A. (2000). El fin de la medicina. Santiago, Chile: Mediterráneo

Guzmán, F., Franco, E., Morales de Barrios, M., Mendoza Vega, J. (1994). El acto médico: implicaciones éticas y legales. *Acta Médica Colombiana, 19*(3), 139-49.

Hevia M., Bosch, E., Moënne, K. y García C. (2018). Deber ético del radiólogo: Confidencialidad y secreto médico, respeto a la intimidad y dignidad del paciente. *Revista chilena de radiología, 24*(1), 2-4.

Laín Entralgo P. (1984). *Antropología médica*. Salvat editores: España.

Ley N° 20584. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 24 de abril de 2012.

Miller E. (2003). The technical and interpersonal aspects of telemedicine: effects on doctor-patient communication. *Journal of Telemedicine and Telecare* 9**,** 1-7.

Miller, E. (2010). *Telemedicine and the Provider-Patient Relationship: What We Know So Far*. Recuperado de http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/Miller-E-2010-Evidence-review-Telemedicine-and-the-Provider-Patient-Relationship-what-we-know-so-far.pdf

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2019). *Salud responde 600 360 777*. Recuperado de https://www.minsal.cl/salud-responde/

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2000). Plan de telemedicina del INSALUD. Recuperado de http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/pdf/telemedicina.pdf

MINSAL - División Jurídica. (2019). Exento N° 01 del 4.1.2019 que *Crea la comisión de trabajo para la actualización del Código Sanitario en materia de regulación de profesionales de la salud*.

MINSAL - División jurídica. (2013) Memorándum N^{o} A15/4995 del 31.12.2013 que *informa en relación a la aplicabilidad de la modalidad de telemedicina en las prestaciones de salud asociadas al AUGE-GES y la responsabilidad médico legas asociada a dicha modalidad*.

MINSAL. (2018). *Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud*. Recuperado de https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Programa-Nacional-de-Telesalud.pdf

Nuffield Council on Bioethics. (2010). *Medical profiling and online medicine: the ethics of 'personalised healthcare' in a consumer age*. Recuperado de http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/Medical-profiling-and-online-medicine-the-ethics-of-personalised-healthcare-in-a-consumer-age-Web-version-reduced.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2016). *Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina*. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Pizarro Wilson, C. (2014). El contrato médico: calificación, contenido y responsabilidad. *Revista Chilena de Derecho, 41*(3), 825-843.

Shirzadfar, H., Lotf, F. (2017). The evolution and transformation of telemedicine. *International Journal of Biosensors & Bioelectronics, 3*(4), 303–6.

Sood, S. P., Negash, S., Mbarika, V., W., Kifle, M. y Prakash, N. (2007). Differences in public and private sector adoption of telemedicine: Indian case study for sectoral adoption. *Studies in Health Technology and Informatics, 130*, 257–268.

Spielberg A. (1998). On call and online: Sociohistorical, legal, and ethical implications of e-mail for the patient-physician relationship. *JAMA 280,* 1353-1359.

Torppa, M., Timonen, O., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Larivaara, P. & Leiman, M. (2006). Patient–nurse–doctor interaction in general practice teleconsultations - a qualitative analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare* 12, 306-310.

Valenzuela, C. (2016). *Primer sistema del país en telemedicina sincrónica de urgencia para Accidentes Cerebro Vasculares rompe brecha geográfica en sector sur de Santiago*. Recuperado de http://www.medicina.uchile.cl/noticias/con-telemedicina-para-acv-acortan-distancias-en-zona-sur-de-santiago

Yellowlees, P., Chan, S. & Parish, M. (2015). The hybrid doctor-patient relationship in the age of technology - Telepsychiatry consultations and the use of virtual space. *International Review of Psychiatry* 27, 476-489