

La bioética como faro en la instauración de la telemedicina. Tratando de evitar una medicina distante

*Bioethics as a lighthouse in the establishment of telemedicine.
How to avoid a distant medicine*

“The treatment of a disease may be entirely impersonal;
the care of a patient must be completely personal”

Peabody FW, JAMA 1927

Juan Antonio Garrido Sanjuán

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

RESUMEN

La necesaria instauración de la telemedicina ha sido acelerada por la urgencia derivada de la crisis originada por la pandemia del SARS-CoV-2. Como todos los avances científico-técnicos, para evitar excesos o cursos extremos no deseables, la telemedicina también requiere un proceso de reflexión ética que acompañe su incorporación a la atención de las personas como herramienta y no como hábito. Se proponen algunas claves para la deliberación desde el objetivo esencial de la bioética que es preservar los valores, lo que hemos acordado profesionales y ciudadanos como valioso y merecedor de respeto, a pesar de las dificultades. En este caso encontrar los faros que iluminen el imprescindible cambio del formato tradicional de relación clínica, preservando sus valores esenciales, evitando el camino hacia una medicina distante, impersonal y que no responda a las necesidades de las personas.

Palabras clave: Bioética, Telemedicina, Relación clínica, conflictos éticos

ABSTRACT

The necessary establishment of telemedicine has been accelerated by the urgency derived from the crisis caused by the SARS-CoV-2 pandemic. Like all scientific-technical advances, to avoid excesses or undesirable extreme courses, telemedicine also requires a process of ethical reflection that accompanies its incorporation into the care of people as a tool and not as a habit. Some keys for deliberation are proposed from the essential objective of bioethics to preserve values, which professionals and citizens agree on its value and deserving of respect, despite difficulties. In the case at hand, to find the lighthouse that illuminate the essential change from the traditional clinical relationship format, preserving its essential values, avoiding the path to a distant, and impersonal medicine that does not respond to people's needs.

Key words: Bioethic, Telemedicine, Clinical relationship, ethical issues

El papel central de la Medicina Interna en nuestro sistema sanitario ha llevado a que participe activamente en la mayoría de los retos asistenciales a los que éste ha tenido que hacer frente, tanto desde el punto de vista clínico como ético, como quedaba reseñado al inaugurar el apartado “Bioética para clínicos” de esta revista¹, rescatando el mensaje de la guía de formación de especialistas de Medicina Interna.

Una reciente encuesta sobre los conflictos éticos principales para los internistas² pone de manifiesto que, después de los relacionados con el final de la vida, los conflictos más frecuentes reconocidos son los derivados de la relación clínica, sin aparecer entre ellos los relacionados con la telemedicina, probablemente por su escasa presencia hasta ese momento, anterior a la pandemia.

No se pueden negar los beneficios de la telemedicina para la práctica clínica, unos ya conocidos y otros descubiertos durante la crisis, cuya aplicación representa una necesidad y un avance. La deliberación, como método utilizado por la bioética, nos ayuda a evitar la fácil inclinación que tenemos hacia cursos de acción extremos que suelen lesionar más los valores, buscando decisiones prudentes entre los cursos de acción intermedios. La perpetuación del uso desmesurado de la medicina a distancia al que ha conducido la pandemia, como curso extremo que es, producirá daño significativo en los valores a preservar en la relación clínica si no deliberamos sobre ello.

La medicina y la ética comparten la deliberación como método³. El método deliberativo requiere acercamiento personal para la obtención de información y relación cercana en la comunicación y puesta en práctica de las decisiones. La forma en que la práctica clínica ha realizado la recogida de datos, anamnesis, inspección, palpación,



percusión, auscultación, ha requerido presencia y relación personal. Sin negar que los avances técnico-científicos pueden sustituir algunos de estos métodos y han mejorado las respuestas que la medicina puede dar a las necesidades de las personas, no se debe olvidar el papel como guía que la relación personal directa sigue teniendo. Intercambiar miradas, por encima de las mascarillas, sigue siendo esencial. Este texto pretende simplemente hacer una llamada a evitar lo que a algún compañero hemos oído mencionar como *teletención*, refiriéndose a crear como hábito, y no como excepción o herramienta, una medicina a distancia. Blanco et al² hablan de que la incapacidad para identificar problemas éticos en la práctica cotidiana se ha denominado «ceguera axiológica», y supone uno de los principales escollos que se ha de vencer en la formación ética de los profesionales. Una bioética de faro, frente a las éticas de “práctico portuario”, que ilumina sin prescribir, puede ayudar en estas situaciones. Al igual que no se diagnostica lo que no se conoce o aquello en que no se piensa, estemos atentos a la identificación de problemas clínicos (por ejemplo, retrasos diagnósticos o sobrevaloración de los datos frente a la clínica: “las pruebas complementarias deben seguir siendo complementarias”) y éticos, como siempre estrechamente vinculados, en el proceso urgente de instauración de la telemedicina en que la crisis sanitaria nos ha sumergido. Podemos realizar un tratamiento impersonal de la enfermedad, pero es ineludible que sea personal el cuidado de la persona enferma. La respuesta compasiva, en el sentido de aquella que responde a la percepción del sufrimiento ajeno generando una acción para tratar de disminuirlo, requiere relación personal.

No se trata de minusvalorar la necesidad de una regulación deontológica y legal, una seguridad jurídica es necesaria, de la telemedicina, pero debería originarse esencialmente de saber si lo que se hace en esa distancia responde a las necesidades de la persona atendida preservando seguridad, confidencialidad, autonomía y sin pérdida de oportunidades por dificultades en el acceso y la utilización del medio empleado¹. Ni el miedo, comprensible pero modificable, ni el entusiasmo tecnológico deben ser los motores que impulsen el desarrollo de la telemedicina. Como el resto de nuestra actividad deberá estar precedido de la pregunta de si la atención así realizada puede provocar daño (buena práctica clínica) y si su realización es segura para el paciente. Y respetando el principio bioético de justicia, no discriminando, teniendo en cuenta las limitaciones tecnológicas de la población atendida y no olvidando la patología no urgente o la desplazada por la atención prioritaria a la Covid. Y sin necesidad de que nadie se convierta en héroe, siendo proporcional la respuesta presencial a la adaptación que tendremos que ir haciendo de mecanismos de seguridad para terceros, incluidos los profesionales. Y, por supuesto, una vez cumplidos los principios de la ética de la indicación, atender a la ética de la elección, al proceso comunicativo de consentimiento informado. Por tanto, preguntándonos si los procedimientos permiten la planificación de la asistencia compartida con las personas enfermas y cuidadores, caminando hacia esa medicina compasiva, medicina del cuidado.

Esto nos recuerda también la necesidad de implicarnos en solucionar la falta de acompañamiento en la enfermedad, y no sólo en la cercanía del fallecimiento, que ha condicionado la crisis⁴. No puede perpetuarse la vivencia en soledad que se generó en medio de las dificultades organizativas y falta de medidas de protección del inicio de la crisis. La vulnerabilidad aumentada por el proceso de enfermedad es preciso que tenga un apoyo en los cuidados, también físicos, pero principalmente emocionales y espirituales, por parte de las personas que conforman la relación vital cotidiana de las personas enfermas.



La interacción humana presencial es también necesaria para conformar el “ser” médico, que es mucho más que adquirir conocimientos y habilidades⁵. El núcleo de la formación de nuevos profesionales sanitarios, y nuevos especialistas sanitarios, está en la atención presencial.

En resumen, dos orientaciones, dos faros que iluminen el desarrollo práctico y la regulación de la telemedicina para contribuir a que sea un verdadero progreso y no un camino sin retorno a una medicina distante. Si estas referencias no se cumplen, no debería mantenerse la telemedicina como medio de atención en esas circunstancias:

- Que su aplicación se justifique por proporcionar una respuesta suficiente a las necesidades de las personas y no a otros intereses y que el paciente participe en ella no obligado sino convencido.
- Que el punto de partida sea la deliberación sobre las características esenciales de la relación clínica que se deben seguir manteniendo. Aquí la medicina interna no puede eludir su participación nuclear ni en la definición de qué es lo esencial a preservar en estas nuevas relaciones clínicas ni en la exigencia a los responsables de la organización sanitaria para que no eludan su responsabilidad en proporcionar los recursos, humanos y materiales, para que los distintos niveles asistenciales (esencialmente atención primaria) y especialidades puedan también mantener la atención presencial como prioritaria incluso en situaciones de crisis. **Este es el objetivo esencial de la bioética: preservar los valores, lo que hemos acordado profesionales y ciudadanos como valioso y merecedor de respeto, a pesar de las dificultades.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido J.A. La bioética cotidiana, el internista y el nuevo principio de beneficencia. *Galicia Clin*. 2016; 77 (1): 14-16
2. Blanco Portillo A, García-Caballero R, Real de Asúa D, Herreros B. ¿Cuáles son los conflictos éticos más frecuentes para los internistas españoles? *Rev Clin Esp*. 2021;221:393-399.
3. Gracia D. para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:18-23.
4. Wakam GK, Montgomery JR, Biesterveld BE, Brown CS. Not dying alone—modern compassionate care in the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020;382:e88.
5. Millán J. COVID-19 por SARS-Cov2 también ha afectado a la Educación Médica. *Educ Med*. 2020;21(4):261-264.