

COVID-19 y auge de las consultas médicas virtuales en Venezuela: aspectos bioéticos

COVID-19 and the rise of virtual medical consultations in Venezuela: Bioethical aspects

José Ramón Urdaneta¹, Nasser Baabel Zambrano²

RESUMEN

La llegada de la pandemia causada por la COVID-19, causante de casi seis millones de muertes alrededor del mundo, tomó por sorpresa a prácticamente la totalidad de los sistemas de salud de países tanto desarrollados como los sub-desarrollados, incluyendo Venezuela. Las consultas médicas virtuales, una forma de practicar la telemedicina, toma gran repercusión con la llegada de este nuevo coronavirus puesto que se ha convertido en un aliado para garantizar la atención sanitaria, disminuir el colapso de los hospitales, optimizar el uso de equipo de protección personal y disminuir el riesgo de infección tanto del personal sanitario como de los propios pacientes. Sin embargo, en países como Venezuela donde no se cuenta con un marco biojurídico que regule su práctica, podría ocasionar una serie de repercusiones y dilemas bioéticos.

Palabras clave: Consultas médicas virtuales, bioética, telemedicina.

SUMMARY

The arrival of the pandemic caused by COVID-19, causing almost six million deaths around the world, took practically all the health systems of both developed and underdeveloped countries by surprise, including Venezuela. Virtual medical consultations, a way of practicing telemedicine, have a great impact with the arrival of this new coronavirus since it has become an ally to guarantee health care, reduce the collapse of hospitals, optimize the use of protective equipment personnel, and reduce the risk of infection for both healthcare personnel and patients themselves. However, in countries like Venezuela where there is no biolegal framework that regulates its practice, it could cause a series of repercussions and bioethical dilemmas.

Keywords: Virtual medical consultations, bioethics, telemedicine.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2022.130.3.11>

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6972-1522>¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8395-988X>²

¹Dr. en Ciencias Médicas. Profesor del Instituto de Anatomía, Histología y Patología. Universidad Austral de Chile. E-mail: jose.urdaneta@uach.cl

Recibido: 14 de marzo 2022

Aceptado: 1 de septiembre 2022

²Dr. en Ciencias Médicas. Profesor del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia. Miembro del Comité Académico del Doctorado en Ciencias Médicas de la Universidad del Zulia E-mail: nasserbaabel@gmail.com

Autor de correspondencia: José Urdaneta
E-mail: jose.urdaneta@uach.cl

Edificio Anatomía Humana. Instituto de Anatomía Histología y Patología. Universidad Austral de Chile. Campus Isla Teja. Valdivia. Región de Los Ríos.

INTRODUCCIÓN

En diciembre del 2019 se describieron los primeros casos de neumonía causada por una nueva cepa de coronavirus, el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2), en Wuhan, provincia de Hubei, en la República Popular de China, causando una alta morbilidad y mortalidad; siendo la enfermedad declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 (1). El informe de la situación global de la OMS para el 31 de agosto de 2022 indicaba que en todo el mundo se han reportado 599 825 400 casos confirmados de COVID-19, 6 469 458 muertes y se han administrado 12 449 443 718 dosis de las vacunas disponibles (2).

En Venezuela el primer caso confirmado de COVID-19 se reporta el 13 de marzo de 2020 y la primera muerte el 26 de marzo de 2020 (3). Según cifras oficiales del Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela, para el momento de redacción de este ensayo, indicaba un total de 542 397 casos positivos, 5 344 821 recuperados y 5 796 fallecidos (4); sin embargo, es importante hacer énfasis en la profunda y compleja crisis humanitaria que atraviesa esta nación, señalada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2016 y ratificada en el año 2019, en la que se evidencia una importante y preocupante falta de información epidemiológica oficial, lo cual hace complicado el análisis de la situación de salud (5).

La pandemia de la COVID-19 constituye un reto sin precedentes, en Venezuela, lo que ha motivado al gobierno nacional a declarar estado de alarma nacional; se suspenden las actividades asistenciales en los hospitales y ambulatorios que involucran consultas externas y cirugías electivas, concentrándose los esfuerzos en la atención de la pandemia por parte del personal de ciencias de la salud (6).

Previo a la pandemia, la implementación de la tecnologización de la medicina se había centrado en aspectos diagnósticos o terapéuticos o de gestión de la información, quizás porque en el fondo se sigue más centrados en la enfermedad que en el enfermo (7). Con la llegada de la

COVID-19, la telemedicina ha adquirido un papel protagonista tanto en la asistencia relacionada con la propia situación de pandemia, como en relación con el seguimiento y teleasistencia sanitaria en otras muchas patologías, puesto que el contexto actual de pandemia global y el confinamiento obligatorio que está sufriendo la ciudadanía mundial, hace necesaria la urgente implantación de las nuevas tecnologías en la forma de interactuar, mecanismos de comunicación electrónica que faciliten la comunicación entre las partes, mientras se respeta el distanciamiento social (8).

Aunque el extraordinario progreso científico y tecnológico ha permitido aliviar el sufrimiento resultante de la enfermedad, mejorando e incrementando también la calidad y las expectativas de vida del hombre moderno; buena parte de estos logros son consecuencia directa de la expansión y globalización de la información, que hoy hacen posibles sofisticadas computadoras y su extraordinaria red de interconexión rápida, Internet, que al salvar tiempo y distancias, permiten disponer de información inmediata y actualizada. Sin embargo, este progreso también ha provocado cambios en la atención del paciente, haciéndola impersonal y fragmentada, con pérdida del liderazgo del médico de cabecera o médico clínico y el deterioro significativo de la relación médico-paciente (9).

La consulta médica es un proceso complejo y multidimensional, centrado en la relación médico-paciente, pero además es pieza clave para brindar el apoyo en cuanto a las necesidades de salud-enfermedad, sufrimiento e incertidumbre que tiene un sujeto cuando se ve afectada su integridad física, humana y emocional; así la consulta en el ámbito profesional médico, significa una deliberación técnica y humana que hace referencia a la autoridad en la consulta y al juicio experto de quien o quienes emiten juicios comunes. Las consultas pueden darse en ambientes rurales o urbanos, en instituciones especializadas de consulta externa u hospitalaria o en el domicilio de los enfermos, y en años recientes se ha recurrido a medios digitales y de comunicación (telefónicas y telemedicina) (10).

La telemedicina se refiere al empleo de las tecnologías de información y comunicaciones para brindar asistencia médica a quien lo requiera

en sitios distantes; básicamente consiste en la transferencia de información médica a través de redes de comunicación (11). La OMS (12) ha definido la telemedicina como “aportar servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, por cualquier profesional de la salud, usando las nuevas tecnologías de la comunicación para el intercambio válido de información en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades o lesiones; en la investigación y evaluación, además de en la educación continuada de los proveedores de salud, todo con el interés de mejorar la salud de los individuos y sus comunidades”; por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (13) ha planteado que la telesalud, incluyendo la telemedicina, involucra la entrega de servicios de salud usando las TICs, específicamente cuando la distancia es un obstáculo para los servicios de la salud.

Existe una gran diversidad de prácticas de telemedicina, siendo en la actualidad las más desarrolladas: Telediagnóstico en teleradiología y telepatología; Teledermatología; Telesroke para asistencia del ICTUS; Telepsiquiatría y telepsicoterapias; Demanda espontánea del usuario; Atención video asistida con o sin aparatos de examen físico; Consultas virtuales (telefónicas o videoconferencias); Monitorización de pacientes; y Teletutorías. Estas prácticas pueden realizarse bien sea de manera asincrónica o sincrónica, donde se incluirían las consultas médicas virtuales, forma en la que la emisión y recepción de la información se produce en tiempo real entre quien demanda los servicios y quien los proporciona, de modo que la recomendación y/o diagnóstico no difiere en el tiempo (14).

De ambas maneras, la telemedicina tienen innumerables ventajas tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios; pudiendo así mejorar la accesibilidad, el tiempo de espera, la equidad geográfica, evitar desplazamientos, permisos laborales o, en tiempos excepcionales, puede mantener la continuidad asistencial evitando el riesgo de contagio; a su vez que ayuda a la gestión de la demanda, evitando visitas para cuadros de baja complejidad, mejorar la continuidad asistencial y el seguimiento en personas con patologías crónicas, o facilitar las interconsultas entre atención primaria y hospitalaria, sin entrar en todas las posibilidades que se abren en formación y docencia (7).

De acuerdo con Vergeles (15), las aplicaciones de la Telemedicina pueden ser clasificadas en cinco tipos fundamentales: a) Telediagnóstico, envío remoto de datos, señales e imágenes, con fines diagnósticos; b) Telemonitoreo, monitoreo remoto de parámetros vitales, para proporcionar servicios automáticos o semiautomáticos de vigilancia o alarma; c) Teleterapia, control de equipos a distancia (Ej: hemodializadores); d) Teledidáctica, aplicación de las redes telemáticas en la educación en salud; y e) Telefonía social, aplicación de los modernos recursos de telefonía convencional a la asistencia dinámica, telecomunicación para personas limitadas como sordos, ciegos y mudos, apoyo a la medicina preventiva y telesocorro.

Los profesionales sanitarios han evolucionado en el ámbito tecnológico, ya que hoy en día pueden utilizarse softwares específicos que les permiten realizar dicha labor, permitiéndoles gestionar desde la historia clínica del paciente, las recetas, facturación y hasta en este caso, las videoconsultas con los pacientes. Pareras (16) propone distinguir tres niveles de consulta de casos clínicos a través de internet (webs sanitarias): a) Nivel inicial de consulta de cuestiones relativas a la salud, que no implican diagnóstico ni tratamiento e informan al paciente para mantenerse más sano, lo cual sería absolutamente ético; b) Segunda opinión a través de internet, donde en la medida en que haya un médico responsable presente físicamente con el paciente, la relación de este último con el facultativo no sufre alteración; y c) Consulta directa del paciente a través de internet, práctica considerada éticamente inaceptable debido a la falta de fiabilidad, confidencialidad y seguridad de las informaciones, así como de la ausencia de garantías respecto de la identidad y cualificación del médico.

Las videoconferencias en tiempo real, utilizando herramientas como skype se utilizan más con finalidad de acercamiento social; estas videoconsultas realizadas por profesionales sanitarios especializados consiguen romper la barrera virtual de utilizar una consulta por medio de un sistema de inteligencia artificial (Médico virtual), puesto que el trato personal y específico, hace que el profesional pueda obtener más información sintomática en comparación con un médico virtual automatizado con unas respuestas estándar (11).

Tanto la crisis causada por el coronavirus como otras razones relacionadas con la movilidad, grave problema que enfrentan Venezuela donde se vive una grave crisis energética que ha colapsado más aun los medios de transportes tanto públicos como privados, provocando que cada vez sean más los pacientes que soliciten a los médicos video-consultas. La telemedicina viene a ser una ampliación en la cultura de prevención que debe permanecer durante todo el periodo de la pandemia, pues debe protegerse a las personas potencialmente usuarias de los servicios de salud para que no se infecten por el SARS-CoV-2; la mejor forma es evitarles el riesgo de exposición al virus en un ambiente hospitalario: si no se desplazan, se mantiene el distanciamiento físico, de ese modo se previene y, con el apoyo en la telemedicina, se brinda el servicio en casos en que así sea posible (14).

Indudablemente, en la actualidad los servicios de telemedicina han resultado adecuados para manejar los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud en respuesta a brotes de enfermedades infecciosas, como el producido por SARS-CoV-2; se ha demostrado que no solo reducen la exposición humana entre profesionales sanitarios y pacientes, sino que reducen la propagación comunitaria y nosocomial, proporcionan tranquilidad y orientan a los pacientes facilitando el acceso universal a la atención sanitaria especialmente en aquellas áreas donde este resulta más difícil (17).

Se alienta a los pacientes con enfermedades leves a que llamen al servicio de urgencias, al consultorio de su médico, a las clínicas que atienden COVID-19 o a los centros de atención de urgencias si creen que tienen síntomas consistentes con COVID-19; con el propósito de facilitar el tamizaje, optimizar el uso de los equipos protección personal y reducir la exposición a otros pacientes. Muchos de estos pacientes recibirán el alta médica en el hogar, pero requieren una vigilancia estrecha de la progresión de los síntomas respiratorios de la enfermedad, para lo cual algunos hospitales pueden optar por utilizar la telemedicina para facilitar la coordinación de la atención después del alta hospitalaria, lo que incluye el uso de videoconferencias, dispositivos periféricos (como termómetros electrónicos, oxímetros, brazaletes de presión arterial e incluso herramientas de examen remoto); los planes de

tratamiento pueden ajustarse según la condición clínica del paciente dado que no existen pautas estrictas sobre qué pacientes deben ser dados de alta con vigilancia de telesalud para COVID-19, siendo tales decisiones individualizadas y dependen del sistema y del proveedor de servicios de salud (18).

Marco Biojurídico

Antes de establecer el basamento legal vigente en el país se procederá a revisar los antecedentes biojurídico vigente en otros países. En primer lugar, se tiene que en Estados Unidos de Norteamérica, la telesalud está regulada más a nivel de los estados, y varía de uno a otro, debiéndose obtener una licencia en el Estado; no se toma en cuenta dónde se encuentra el profesional de salud o el prestador del servicio, sino dónde se encuentra el paciente; por lo que desde 2017, se creó una comisión para una licencia médica compacta interestatal (*Interstate Medical Licensure Compact Commission*) que permite a los profesionales practicar telemedicina en distintos estados sin la necesidad de obtener una licencia en cada uno de ellos, estando a la fecha 29 estados suscritos (19).

Como respuesta a la pandemia por COVID-19, la administración del Presidente Donald Trump y el Departamento de Salud y Servicios Humanos aprobó el uso de servicios de telesalud y la flexibilización de varias reglas. Por ejemplo, los servicios de telesalud se estarán cobrando al mismo precio que los presenciales y se permitió el uso de herramientas como Facetime, Skype o WhatsApp para realizar teleconsultas, que normalmente no se consideran segura o privadas para ello, haciéndose una excepción a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPPA) (18).

Para los países integrantes de la Unión Europea (UE), el ejercicio de la telemedicina se rige por el “principio de país de origen”; es decir, la asistencia sanitaria se lleva a cabo en el estado miembro donde esté establecido el prestador del servicio *on line* y en consecuencia, el médico deberá cumplir con los requisitos legales del país desde donde se preste el servicio. En España, no existe una regulación específica respecto a la prestación de asistencia sanitaria a distancia, en consecuencia y

sin perjuicio del derecho comunitario que pudiera aplicar, a efectos de posibles responsabilidades aplicará lo dispuesto en las normas que regulan el ejercicio profesional de la medicina, esto es, los principios básicos de la relación médico-paciente y los derechos de autonomía, información y confidencialidad de los pacientes (20).

El artículo 4.7 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece que el ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en la ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico; por tanto, el médico podrá optar por la telemedicina si lo considera técnica y científicamente adecuado, pero siempre con la debida sujeción a los principios y limitaciones contenidos en el ordenamiento deontológico. Y es que la práctica médica siempre debe ser con estricto cumplimiento y respeto hacia las normas deontológicas que regulan la profesión médica (21).

No obstante, es en el ordenamiento deontológico donde encontrábamos las limitaciones en cuanto al uso de la telemedicina en España, concretamente en el apartado tercero del artículo 26 del actual Código de Deontología Médica (22) que establece que “el ejercicio clínico de la medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o internet, es contrario a las normas deontológicas. La actuación correcta implica ineludiblemente el contacto personal y directo entre el médico y el paciente”. Sin embargo, ante el panorama actual de la pandemia, el 10 de junio de 2020 la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España (20) emitió un informe en relación a la telemedicina en el acto médico en el que se reconocía que en el ámbito médico-sanitario, la COVID-19 ha obligado a replantear el ejercicio de la propia medicina, no solo en ámbitos clínico-asistenciales, sino también en la forma de comunicación entre los propios profesionales sanitarios y entre estos y los pacientes. De este informe, se puede extraer que:

- 1) La asistencia médica ofrecida mediante las nuevas tecnologías o sistemas de comunicación se concibe como un verdadero acto médico que completa la atención presencial del médico.
- 2) En determinadas circunstancias, como la actual pandemia de la COVID-19, la e-consulta puede sustituir y otras veces completar el acto médico presencial porque este no sea posible, aconsejable o porque la ponderación del beneficio/riesgo para el paciente así lo sugiera. En cualquier caso, en situación de normalidad, la opción de usar la e-consulta deberá ser consensuada con el paciente.
- 3) En cuanto a la introducción de los nuevos modelos de consulta en la gestión médica y telemedicina, se deberán desarrollar medidas necesarias para la instauración de sistemas médicos telemáticos que aseguren la privacidad de la comunicación.
- 4) El uso de medios telemáticos es conforme a la Deontología Médica siempre que haya voluntad y consentimiento del paciente, del que debe quedar constancia en la historia clínica.
- 5) Siempre ha de ser clara y fehaciente la identificación de quienes intervienen en la comunicación.
- 6) El médico debe tener conocimiento directo de la historia clínica del paciente o bien acceso a la misma en el momento de la atención médica. Se debe hacer constar por escrito en la historia clínica el medio de teleasistencia por el que se ha realizado la consulta, así como el tratamiento médico pautado y las recomendaciones dadas.

Dentro de Latinoamérica, Colombia es el país que más se ha dedicado a regular, teorizar y discutir sobre la telemedicina, siendo de todos los instrumentos jurídicos colombianos el más importante, la Resolución 2654 de 2019 que establece las actuales disposiciones de Telesalud y los parámetros para la práctica de Telemedicina (23); además de la Resolución Número 3100 del 25 de noviembre de 2019 (24). En términos generales, como profesional de la salud, se debe estar registrado en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (ReTHUS) y luego, para ejercer la telemedicina es necesario registrarse también como Prestador de Servicios de Salud en modalidad de Telemedicina, en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Hay que destacar que no se requiere registrarse o habilitarse para ofrecer tele apoyo y/o teleorientación, en tanto que para la asistencia virtual siempre será requerido obtener y registrar en la historia clínica, el consentimiento del paciente en relación con el proceso de teleconsulta, sus ventajas y límites; cabe acotar que un prestador de servicios de salud extranjero pueda prestar servicios de Telemedicina en Colombia pero requiere que tenga en su territorio (o contrate) un prestador de servicios de salud inscrito y con servicios habilitados en la modalidad de telemedicina, que cumpla con lo establecido en la referida resolución.

Antes de la crisis global por la COVID-19, Brasil no contaba con ley sobre telesalud, apenas existía una Resolución de 2018 del Consejo Regional de Medicina que restringía la práctica de la Telemedicina, permitiendo solo realizar la consulta virtual habiéndose dado primero una consulta presencial y sólo podía ser realizada por los médicos residentes en Brasil inscritos en el Consejo Federal de Medicina, ente de regulación y fiscalización del ejercicio de la medicina en dicho país (25). Sin embargo, en abril de 2019 se firmó la Ley 16.989/2020, que permite el uso de la telemedicina durante la crisis causada por COVID-19; esta Ley tiene 2 vetos, uno que establece que al finalizar la crisis el sector será regulado por una nueva ley y otro que no permite que las recetas médicas sean validadas con solo una firma digitalizada, sino con una firma electrónica (con certificación digital) (26).

En el caso de la República de Panamá, aunque no cuenta con ley sobre telesalud, disponen de un Programa Nacional de Telemedicina y Telesalud de 2005, y un anteproyecto (2019-2020) con lineamientos para el desarrollo de la telesalud (27). En tanto que en la República de Uruguay, los médicos están regidos por su Código de Ética, en donde su artículo establece que: “El ejercicio clínico de la medicina requiere el vínculo directo con el paciente. La complementación de la asistencia médica a distancia a través de los medios de comunicación como telemedicina, seguirá los principios de este Código” (28).

Por su parte, en Perú el Ministerio de Salud aprobó en 2019 el Decreto Supremo N° 003-2019-SA, norma que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30421 (29), Ley Marco de

Telesalud que contempla principios generales que requieren desarrollarse. La norma dispone que la telemedicina debe ser implementada no sólo para consultas, sino también para orientación y monitoreo de pacientes, y que debe estar acompañada de receta e historia clínica electrónicas. Con esta ley será, además, requisito que todas las instituciones prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas mantengan un registro de todas las atenciones brindadas por el servicio de telemedicina, en los formatos ad hoc de telemedicina, detallando las atenciones brindadas; siendo el personal encargado de la telesalud quien asuma la responsabilidad de confidencialidad de la información de los pacientes y la protección de datos personales.

Venezuela al igual que otros países de la región como Argentina, Chile, Bolivia, Ecuador, Guatemala o República Dominicana, no cuenta con un marco legal que regule la actividad de la telemedicina en el territorio nacional, tanto desde el punto de vista jurídico como deontológico; tan solo se conocen que se estén discutiendo proyectos de leyes en la materia tal como ha venido sucediendo en varios de los países mencionados anteriormente. La ley del Ejercicio de la Medicina (30), reformulada en 2011, no contempla la telemedicina ni la virtualidad de la atención médico; de igual forma, el Código de Deontología Médica (31) tampoco hace referencia a la telemedicina, sólo alguno capítulo hace énfasis al uso de las computadoras en Medicina, pero orientado más hacia el resguardo y confidencialidad de los datos suministrados por los pacientes y el uso de medios informáticos para el almacenaje de las historias médicas.

Sin embargo, en el país existió una Ley de Telesalud básica (32), propuesta en 2015, la cual se quedó sin implementación dado a que nunca se reglamentó e implementó. En ella se especificaba que las consultas por telesalud requieren autorización previa bajo consentimiento informado y por escrito del paciente; con excepción de aquellos casos en que sea imposible su obtención; señalando, además, que los profesionales de salud y tecnología son los responsables por la no violación de la privacidad, confidencialidad y anonimato de los pacientes, “ateniéndose a las sanciones civiles, penales, administrativas y disciplinarias a que haya lugar”.

Cuando no existe una ley de telemedicina, el marco regulatorio que debe aplicarse son los principios legales que rigen para el ejercicio de la medicina tradicional, desde las respectivas constituciones hasta los principios éticos contenidos en los Códigos Deontológicos de los Colegios Médicos. La situación del año 2020 producto de la pandemia de COVID-19 ha determinado que muchos países, sin experiencias de telemedicina o renuentes a ella, se hayan visto obligados a comenzar a practicarla; exigiéndose en general que el paciente firme un consentimiento informado en el que se expliquen los beneficios y límites de la teleconsulta, que se protejan muy bien los datos sensibles de salud del paciente, y que se mantenga una historia clínica detallada.

Se debe tener presente que el vacío legal en el que transcurre la telemedicina no será una característica permanente, durante el desarrollo de esta pandemia de la COVID-19, se ha observado como muchos países se han visto en la necesidad de flexibilizar las reglas existentes, lo cual conlleva a que haya una mayor adopción, y por tanto un eventual mayor soporte a la telemedicina; siendo altamente probable que para cuando finalice la pandemia, los países tengan preparados proyectos de ley nuevos que regulen dicho sector. Esta flexibilización derivada de la crisis generada por la pandemia, crea así una oportunidad para demostrar que la telemedicina puede ser posible, conveniente, eficiente y de calidad.

Principales problemas éticos relacionados con las consultas médicas virtuales

A pesar de sus bondades, es indudable que la telemedicina conlleva algunos riesgos vinculados a preocupaciones éticas y deontológicas. Hans Jonas (33), en una de las mejores aproximaciones a la ética de la tecnología, abogaba por el principio de responsabilidad, y este principio conllevaría el deber de intentar “visualizar los efectos a largo plazo de los proyectos tecnológicos, tanto positivos como negativos”; para este autor, no se trata de evitar la implementación tecnológica, que consideraba inevitable, sino de ser capaces de poder definir cuál sería su impacto en nuestras acciones, intentando identificar sus consecuencias, y con ello poder evitar o minimizar los efectos negativos.

Un primer grupo de aspectos éticos guarda relación con temas vinculados a la privacidad, la confidencialidad, la protección de datos, la seguridad o la accesibilidad de las personas atendidas (dificultades de manejo o disponibilidad tecnológica); este sería un conjunto de problemas éticos cuya solución depende en gran parte de una respuesta técnica, con relación al desarrollo de instrumentos seguros y que sean fácilmente accesibles y navegables tanto para el profesional como para la población. Otros problemas éticos no son tan sencillos de plantear ni de resolver, y están relacionados con el impacto de la telemedicina en aspectos nucleares de las profesiones sanitarias, como la relación médico-paciente, la confianza, la comunicación o el propio rol profesional (7).

La declaración de la Asociación Médica Mundial (34) sobre la ética de la telemedicina en su 69ª Asamblea General celebrada en Reikiavik, Islandia en 2018, manifiesta que la consulta presencial entre el médico y el paciente es la regla de oro de la atención clínica y que los servicios de la telemedicina deben ser consistentes con los servicios presenciales y respaldados con evidencia; en tanto que los principios de la ética médica que son obligatorios para la profesión también deben ser respetados en la práctica de la telemedicina. Por tanto, la telemedicina no debe ser considerada igual a una atención médica presencial y no debe utilizarse sólo para reducir costos o como un incentivo perverso para servicios excesivos y aumentar las ganancias para los médicos.

Relación médico paciente

El modelo relación médico – paciente en la medicina actual es el producto de una compleja red de factores entre los que destacan la intermediación tecnológica y la intermediación burocrática; ambas presentes en la telemedicina (35). La video-comunicación reduce el contacto personal con el médico, puesto que la interacción entre médico y paciente no es directa, sino que ocurre a través de un medio tecnológico que condiciona una forma no usual de interacción visual y auditiva, que dependiendo de la tecnología empleada puede ser más o menos realista; pero que además de la eliminación del contacto interpersonal que

obviamente despersonaliza la relación, el medio tecnológico acarrea limitaciones sensoriales no verbales (36).

Ante este panorama, cabe preguntarse y reflexionar sobre: ¿Si esta virtualidad de la telemedicina podría reemplazar la comunicación personal médico-paciente y, en qué medida, esta sufrirá un marcado deterioro? O ¿Si será totalmente ético los anuncios de médicos en la red, obviando las regulaciones que establece el ejercicio honorable de la profesión? (9). Al respecto, la AMM (x) expresa que la relación médico-paciente debe estar basada en un examen personal y conocimiento suficiente del historial médico del paciente; por tanto, la telemedicina debe ser utilizada principalmente en situaciones en las que el médico no puede estar presente físicamente en un tiempo seguro y aceptable, así como en el manejo y seguimiento de enfermos crónicos. Asimismo, esta relación en la telemedicina debe estar basada en la confianza y respeto mutuas; por lo tanto, es esencial que el médico y el paciente puedan identificarse con confianza cuando se utiliza la telemedicina.

La telemedicina debe considerarse como otra herramienta para mejorar la atención y el tratamiento de los pacientes ante la problemática de la COVID-19; si bien es cierto que la telemedicina no puede reemplazar la atención del paciente en persona, puede resultar beneficiosa a la hora de reducir carga de trabajo y optimizar tiempos. Aun así, toca ahora recomponer progresivamente las consultas presenciales, que son imprescindibles para recuperar la relación médico-paciente y para mejorar la calidad asistencial (17). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la comunicación, tanto verbal como no verbal, a través de la pantalla puede modificarse, con posibilidad de que aumenten los errores diagnósticos, terapéuticos o negligir algún síntoma o signo imprescindible; dado a que la entrevista clínica se focaliza en síntomas muy concretos obviándose una valoración más global, en tanto que la exploración física se ve asimismo muy limitada, a pesar de la posibilidad de incorporar ítems innovadores para sustituirla (7).

Historia clínica

La historia clínica es el documento esencial del aprendizaje y la práctica clínica, siendo

reconocida como de obligación cumplimiento y representando un elemento fundamental en la relación médico - paciente, fundamentada en la semiología, el método clínico, así como parámetros bioéticos y legales para su elaboración, calidad y gestión administrativa. En más de veinticinco siglos de su historia ha pasado del papiro al formato electrónico, trayendo consigo retos de la seguridad de datos en su versión digital, los cuales desde la tecnología y el derecho, no deben ser motivo de resistencia, pues es una salida óptima en el logro de calidad del servicio de salud; asimismo, la recolección de información debe observar el principio de calidad, con facetas de finalidad, pertinencia y veracidad, como proceso de un acto médico moral que integre la Lex Artis del médico (37).

Existe una obligación ética de reflejar fehacientemente el accionar médico y la relación con el enfermo en beneficio de la salud del paciente, ya que más allá de la estructura técnica administrativa que conlleve, el espíritu de esta debe ser la transparencia y el reflejo de un acto médico moral; que es volcar la información necesaria para el cuidado del enfermo, basado en un correcto proceder humano (38). La historia clínica también posee una regulación jurídica, fundamentada la primera en el Código de Deontología Médica y la segunda, al no existir una ley positiva específica que la regule, puede encontrarse en disposiciones legales dispersas que hacen referencia a ella directa o indirectamente (39); en este sentido, la AMM (34) establece que el médico al que se le pide su opinión a través de la telemedicina debe mantener un registro detallado de los consejos que entrega, como también de la información recibida en la cual basó su consejo para asegurar la trazabilidad.

Acto Médico

Se considera acto médico a toda clase de tratamiento médico, a la intervención quirúrgica o exámenes con fines de diagnóstico o de investigación profiláctica, terapéutica o de rehabilitación, llevado a cabo por un médico general o un especialista de alguna rama de la medicina (40). Desde el punto de vista jurídico, los elementos que conforman el acto médico son la profesionalidad, ejecución típica, y el estado

del arte médico, que consiste en que el enfermo es considerado el objetivo, es decir, se integra por objeto y acto lícito. Por tanto, la actuación del médico se plantea de la siguiente manera: a) Capacidad profesional del médico, se alude a su formación y experiencia; b) Circunstancias de lugar y tiempo, comprende las condiciones en que se produjo la actuación profesional; c) Fase en que se gesta la actuación del médico, deriva de acciones u omisiones en la conducta; y d) Responsabilidad derivada del trabajo en equipo, puede presentarse de manera individual, sin embargo, puede haber imprudencia cuando los integrantes del equipo tenían conocimiento de la deficiente preparación de los colaboradores (41).

De acuerdo con las buenas prácticas en telemedicina recomendadas por el Sindicato Médico de Uruguay (42) el “acto médico de forma remota debe estar centrado en el paciente y tener siempre como objetivo el beneficio del mismo, no debe estar relacionado con aspectos económicos o de conveniencia puntual del prestador”.

Responsabilidades del médico

La responsabilidad profesional médica es la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, omisiones y errores voluntarios e involuntarios incluso, dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio profesional (43). Las categorías de la responsabilidad profesional médica incluyen la impericia, la imprudencia, la negligencia y la inobservancia de reglamentos o normas, cuando se da el incumplimiento de reglamentos específicos de la institución y las reglas del servicio, así como de principios éticos de la medicina y los derechos del paciente (41).

La responsabilidad profesional del médico, de acuerdo con el derecho penal, constituye una forma de responsabilidad culposa que como tal, comprende la impericia, negligencia, imprudencia y la inobservancia de reglamentos; en tanto que desde la visión del derecho civil, persigue obtener una indemnización pecuniaria o la reparación del daño. Se describe la *Lex Artis*, como criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad médica; se refiere a la ejecución del acto médico en el marco de los criterios y formas de proceder, admitidos

en determinado tiempo y lugar, es decir, en una situación concreta (37).

En cuanto a la responsabilidad del médico, la declaración de la AMM (34) considera que, si se toma la decisión de usar la telemedicina, es necesario asegurarse que los usuarios (el paciente y los profesionales de la salud) puedan utilizar el sistema de telecomunicación necesario y el médico tiene la responsabilidad de asegurarse que el paciente haya comprendido el consejo y las sugerencias de tratamiento entregadas y en lo posible tome medidas para promover la continuidad de la atención. Asimismo, el médico debe estar consciente y respetar las dificultades e incertidumbres que puedan presentarse cuando esté en contacto con el paciente a través de la telecomunicación, además de que debe estar preparado a recomendar un contacto directo médico-paciente cuando estime que es en beneficio del paciente y aunque el médico tratante pida un consejo o segunda opinión a otro médico, siempre será responsable del tratamiento y de otras decisiones o recomendaciones dadas al paciente; además que es quien debe asegurarse que el seguro médico del paciente incluya la telemedicina.

Consentimiento informado

En el contexto de la telemedicina los pacientes deben ser informados no solo sobre cuestiones médicas y opciones de tratamiento, sino también sobre algunas de las características distintivas que presenta este tipo de asistencia. La declaración de la AMM (34) establece que el paciente debe suministrar su consentimiento informado y para que este sea adecuado se requiere que toda la información necesaria sobre los distintos aspectos de las consultas por telemedicina sea explicada a fondo a los pacientes, incluido, pero no limitado a: explicar cómo funciona la telemedicina, cómo reservar citas, aspectos de privacidad, la posibilidad de fallas tecnológicas, incluidas violaciones de la confidencialidad, protocolos de contacto durante las consultas virtuales, políticas de prescripción y coordinación de atención con otros profesionales de la salud de manera clara y comprensible, sin influenciar la decisión del paciente.

Toda esta situación le supone al médico un nuevo reto añadido a la presión ocasionada por las circunstancias y ante el que además puede que no haya tenido tiempo suficiente para adaptarse. Se trata de desarrollar nuevas habilidades para guiar al paciente en una nueva forma de atención clínica a la hora de realizar una interpretación crítica del resultado de una prueba diagnóstica, o la indicación de un tratamiento, lo que supone en definitiva el acompañamiento en la toma de decisiones respecto a su estado de salud (17).

En el contexto de una teleconsulta implica obtener el consentimiento informado del paciente para los servicios que se brindan de forma electrónica previo conocimiento de las limitaciones y riesgos potenciales que implica estas tecnologías; siendo estos los aspectos que deben resaltarse: a) La información obtenida mediante telemedicina puede no ser suficiente para dar lugar a un diagnóstico o tratamiento concluyente; b) La falta de acceso a una historia clínica completa puede resultar en errores en el criterio médico; c) No hay garantías de que la teleconsulta eliminará la necesidad de que consulte a un médico o especialista en persona. d) Los protocolos de seguridad podrían fallar, dando lugar a violaciones de privacidad de información confidencial (44).

Autonomía y privacidad del médico

Para que una acción sea calificada como autónoma debe ser intencional, informada y libre de coerción; por lo que en la telemedicina la ausencia de interacción y contacto personal con el paciente pueden colocarlo en una situación más pasiva; el uso de la tecnología puede suponer una carga excesiva para un paciente vulnerable que no tenga un conocimiento apropiado sobre su uso y sus implicaciones; por tanto se deshumaniza la relación y convierte al paciente en un objeto, llegando a afectar a su dignidad humana (17).

La telemedicina puede producir un menoscabo, involuntario pero previsible, en la lealtad del médico hacia el paciente debido a su dependencia de la conectividad, por la caída del sistema informático o por fallas en la aplicación móvil o los algoritmos de IA, más allá del compromiso ético del profesional; éste tiene que estar alerta para facilitar al paciente, que se siente abandonado,

alguna vía de comunicación alternativa de baja tecnología, por ejemplo, el teléfono de línea del consultorio (45). Por otro lado, la telemedicina puede violar potencialmente la privacidad del médico debido a la disponibilidad las 24 horas del día, por tanto debe informar a los pacientes la disponibilidad y recomendar servicios como las urgencias cuando no esté accesible; asimismo, el médico debe ejercer su autonomía profesional al decidir si una consulta por telemedicina versus una presencial es apropiada y al seleccionar la plataforma de telemedicina que utilizará (34).

De igual forma, la AMM (34) establece que sólo se debe utilizar la telemedicina en países o jurisdicciones donde tenga licencia para emplearla, mientras que las consultas de jurisdicciones cruzadas sólo deben permitirse entre dos médicos. Asimismo, recomienda que los médicos no deben utilizar la telemedicina si infringe el marco legal o ético del país; en tal sentido, las asociaciones médicas nacionales deben promover la creación de normas éticas, de práctica, legislación nacional y acuerdos internacionales sobre asuntos relacionados con el uso de la telemedicina, mientras se protege la relación médico-paciente, la confidencialidad y la calidad de la atención médica.

Siguiendo esta recomendación, en el caso venezolano, tanto desde el punto de vista ético como jurídico, el Código de Deontología Médica (30) ni la Ley del Ejercicio de Medicina (31) establecen un marco legal y normativo en relación con la telemedicina pues se encuentran atrasados en relación con los adelantos en materia de tecnologías de la información y comunicaciones, de manera que cabe cuestionarse hasta qué punto serían legales y moralmente aceptables las consultas médicas virtuales cuando existe un vacío legal al respecto.

En tal sentido, una opción moral y jurídica válida vendría a hacer la asesoría médica, donde el médico orienta a distancia y proporciona al paciente información, consejos y asesoría relacionados a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, diagnósticos, tratamientos, rehabilitación y paliación. El profesional orienta, asesora, informa, opina, da una recomendación, y/o redirecciona a otro nivel de atención médica como médicos a domicilio, centros de salud, clínicas, hospitales, pero no podría ofrecer la prescripción de récipes médicos,

emitir órdenes para exámenes o procedimientos ni atender emergencias y/o urgencias; bajo esta modalidad no se tendría el compromiso legal de la telemedicina.

Principio de justicia y dificultades de acceso

En el campo de la atención a la salud la justicia quiere decir que hay que dar a cada uno lo que necesita para la restitución de la salud o para el alivio del dolor y del sufrimiento; la regla moral es: ofrecer atención a la salud a todo el que la requiera y las obligaciones derivadas son: realizar una adecuada distribución de los recursos sanitarios en términos de eficiencia y eficacia, y asignar a cada paciente el nivel de atención que necesite. El médico ha de promover que todos los que se encuentren en las mismas condiciones de salud tengan acceso a las mismas alternativas; pues lo contrario no es justo ni equitativo (46).

De modo que las consultas virtuales en tiempo de pandemia cumplen con el principio bioético de justicia al momento que ayudan a derivar a los pacientes al nivel de atención correspondiente en los casos que sea necesario y ayudando a disminuir el riesgo de contaminación en lugares de alto riesgo de contagio como lo son los ambientes hospitalarios. Sin embargo, no todos los venezolanos tienen la posibilidad de beneficiarse de este tipo de consultas, dado a que el deteriorado sistema de salud venezolano no cuenta con la infraestructura y los recursos tecnológicos necesarios para poder ofrecer servicios de atención remota como las consultas virtuales.

Al respecto, la AMM (34) manifiesta que los médicos deben tener en cuenta de que ciertas tecnologías de la telemedicina podrían ser inasequibles para los pacientes y por esto impedir su acceso, desigualdad que podría ampliar aún más la brecha en salud entre ricos y pobres. Así pues, aunque la telemedicina facilita el acceso a la atención médica, al mismo tiempo en cierto modo puede dificultarlo de forma selectiva, dado que existe una brecha digital que separa a todos aquellos que no pueden hacer uso de la tecnología, ya que no todos los pacientes disponen de conexión a internet o de los dispositivos electrónicos necesarios para ello o porque se traten de personas con menor formación y habilidades tecnológicas (17).

Ante esta realidad, se han visto iniciativas de organizaciones no gubernamentales como la Cruz Roja Internacional que pusieron a disposición de la población líneas telefónicas a las cuales comunicarse para recibir asesoría médica por medio de consultas telefónicas durante la pandemia. Asimismo, empleados de instituciones públicas como el cuerpo docente de la Universidad del Zulia, a través de las facultades de Medicina y Odontología, han emulado esta iniciativa ofreciendo a la comunidad universitaria (profesores, empleados, obreros y estudiantes) un directorio médico-odontológico con líneas telefónicas de diferentes especialidades a la cual puedan comunicarse para recibir asesoría y orientación terapéutica durante la pandemia de la COVID-19.

Estas acciones enaltecen el principio de solidaridad responsable que debería regir el actuar de los profesionales de la salud. La solidaridad se constituye en un valor bioético, adquiriendo el cometido de ser el aval que garantiza la moralidad de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (48).

Calidad en la atención, no maleficencia y respeto a su dignidad e integridad

En este siglo, la bioética establece que la práctica médica y las tecnologías conexas, deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas (48). La telemedicina es considerada como una forma de asistencia efectiva y eficiente que en situaciones como la actual optimiza los servicios de atención clínica al paciente y minimiza la transmisión infecciosa de COVID-19 (49); a pesar de ello, se reconoce que nunca contará con los matices humanos de juicio y comunicación presentes en un examen físico del paciente, por lo que en tiempos de COVID-19 es algo que se asume y se acepta (50).

El Colegio Americano de Médicos (51) señala que cuando el médico utiliza la telemedicina no existe contacto directo con el paciente, e incluso a veces no ha habido una relación previa, por lo que se deben adoptar las medidas adecuadas para cumplir los estándares de atención clínica,

igual que si la consulta fuera presencial. Para ello, la AMM (34) recomienda el uso regular de medidas de evaluación de la calidad de la atención, asegurando un mejor diagnóstico y tratamiento y siguiendo las normas de práctica médica basada en la evidencia.

El grado de recomendación de la telemedicina durante la pandemia de la COVID-19 es muy alto y parte de la respuesta de los sistemas de salud ante la epidemia de COVID-19 debe incluir un sistema de telemedicina, a pesar de la falta de evidencia al respecto; si se ofrece una consulta presencial o una a distancia, debería hacerse un ensayo para determinar si la presencialidad afecta o no al diagnóstico mismo o a algún otro factor; si no hay ensayos, no se pueden hacer meta-análisis y, por lo tanto, no hay evidencia de la mejor calidad (14).

Para cumplir con la evaluación de la calidad en la TM, es esencial considerar la satisfacción del usuario. Al respecto, se sabe que la ausencia del contacto físico podría disminuir la satisfacción del usuario, sin embargo, la fascinación del usuario 3.0 por la tecnología puede tornarse como una ventaja; por tanto, de preferencia se recomiendan utilizar modalidades que permitan contacto visual con el paciente (video-conferencia). En este sentido, algunos usuarios de tele consultas han percibido que los profesionales no les prestan atención durante una entrevista, por la mera demora de algún segundo (“delay”) en una comunicación mediante plataformas virtuales, lo que disminuye la confianza; así como pacientes que declaran menor calidad cuando su médico no viste túnica blanca o si realiza la comunicación virtual desde un escenario informal de fondo (42).

Intimidad, protección de datos y confidencialidad

La telemedicina ha puesto de manifiesto entre sus debilidades la confidencialidad del paciente, por lo que se recomienda comenzar la consulta verificando su identidad y, si no es conocido, solicitar una serie de datos identificativos (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, documento de ciudadanía o número de la tarjeta de la Seguridad Social) (52). A fin de evitar que personas no autorizadas puedan obtener información confidencial o de vulnerar el derecho de una

persona que sí tenga acceso legítimo a la misma; se recomienda, en el caso concreto de las llamadas telefónicas, el uso de contraseñas preestablecidas solo conocidas por las personas autorizadas por el paciente (53).

Cuando la asistencia sanitaria no sea presencial, el derecho a la intimidad del paciente no puede resultar menoscabado, y para garantizarlo se debe proceder a la identificación mutua entre el profesional sanitario y el enfermo (22). También es cierto que las nuevas tecnologías plantean algunos retos peculiares, como la posibilidad de rastreo de contactos que, si bien suena atractivo epidemiológicamente, no debe implementarse sin un adecuado análisis ético y jurídico, para no vulnerar la dignidad y confidencialidad de las personas ni violar sus derechos (54).

Según Bepali (45), las videoconsultas pueden exponer a los pacientes: en su hogar, por carecer de espacios de aislamiento de otros convivientes, o al recibir la comunicación de su médico en circunstancias carentes de privacidad; no obstante, los jóvenes pueden inadvertidamente exponer más aún su intimidad debido a su familiaridad para comunicarse en redes sociales con sus amistades. Asimismo, cuando los ciudadanos usan las nuevas tecnologías de las aplicaciones para celulares ‘smartphones’ o dispositivos de monitoreo para salud conectados a estos y envían los datos a una base de datos en la “nube”, debe advertírseles sobre los riesgos inherentes con la protección de los datos sensibles relacionados con la salud.

Situación actual de la telemedicina en tiempos de pandemia

Desde la irrupción del COVID-19 en países como Chile, la telemedicina ha tomado relevancia como una de las formas de visitar al médico a través de una pantalla; así lo demuestran las cifras publicadas por la superintendencia de salud (55), donde para el mes de marzo de 2020 el número de consultas vía remota llegaba apenas a 1 883 y ya para el período contemplado entre marzo a octubre del 2020 se acumulaban 198 854 atenciones; 58 % de las cuales fueron realizadas por mujeres y prevaleciendo las consultas de medicina general (30 %) y psiquiatría (12 %).

Por su parte, un estudio argentino determinó un aumento del 230 por ciento en el número de llamadas de telemedicina, principalmente realizadas por personas mayores con condiciones preexistentes que utilizaron el servicio para consultas de medicina interna; manteniéndose la demanda de telemedicina se mantuvo relativamente alta incluso después de que se relajaron las restricciones de movilidad (56). Asimismo, otra investigación reveló que la implementación de un servicio directo de telemedicina por un seguro de salud en Argentina amplió la accesibilidad a la atención médica en tiempos de restricciones por la pandemia de la COVID-19, con un incremento durante el primer trimestre de 2021 de 515 %, respecto al año 2020; mostrando una tendencia creciente en la adopción y el alcance con alta efectividad y satisfacción (57).

En Estados Unidos de América, se observaron variaciones significativas en la preparación de telesalud con respecto al entorno pre-pandémico, intensificándose la implementación de la telemedicina rápidamente en los principales centros oncológicos durante la pandemia; siendo imperativa para garantizar la continuidad de la atención del cáncer (58). Por su parte, en Venezuela, aunque no se cuentan con estadísticas que evidencien su uso, esta práctica intenta abrirse campo para paliar el impacto de la pandemia, la crisis del combustible y la falta de recursos; a pesar de los múltiples problemas con el acceso a Internet y el servicio de luz a nivel nacional, los médicos venezolanos se han apoyado en herramientas como sus redes sociales y grupos de plataformas como WhatsApp o Telegram para poder asistir remotamente a sus pacientes.

Reflexiones finales

La virtualidad de la medicina es un nuevo escenario que puede modificar el alcance y la práctica de la medicina, lo que hace necesario la creación de espacios de reflexión ética que permitan dar razón de su uso, resolver posibles contradicciones y promover procedimientos basados en la búsqueda de soluciones apropiadas; su buen uso y las buenas prácticas deben estar siempre en función de las mejoras que las

consultas virtuales pueda introducir en la atención al paciente individual y en la promoción de la salud de la sociedad en general. No debe dejar de tenerse en consideración que las nuevas tecnologías representan la mayor parte de los instrumentos de trabajo diario de los médicos y que su aplicación al proceso sanitario es hoy una necesidad y representa un avance; por tanto, se hace imperioso una correcta formación del profesional para minimizar los riesgos en este nuevo paradigma, de modo que puedan darse la convivencia y compatibilidad de la tradición y las nuevas tecnologías en la práctica médica.

La telemedicina, durante la pandemia, ha facilitado el diagnóstico de pacientes, ayudando a dirigirlos al proveedor de atención médica más adecuado, a aislar a aquellos que podrían estar infectados por el virus y a aumentar la capacidad del sistema sanitario. Uno de los aspectos positivos de la pandemia de la COVID-19 es que ha permitido descubrir una demanda de servicios de telemedicina, que había permanecido oculta, y la cual trae numerosos beneficios potenciales para el futuro, pudiendo a largo plazo ser una herramienta crucial para la gestión de la salud pública que aumenta la accesibilidad de la atención médica y reduzca significativamente el tiempo y los costos de desplazamiento para obtenerla; no obstante para que esto se convierta en una realidad deberá establecerse un marco jurídico y reglamentario más sólido.

Dado los vacíos legales existentes a la atención virtual en salud y que la llegada de la pandemia de la COVID-19 aceleró la necesidad imperiosa de implementar los avances en materia de tecnología de la información y comunicaciones, en países como Venezuela donde el sistema sanitario no se encontraban preparados para afrontar esta nueva realidad en la atención médica; se requiere una norma objetiva regulatoria de esta materia tanto en la Ley del Ejercicio de la Medicina y demás profesiones de la salud como en el Código de Deontología Médica, para los aspectos mencionados y otros que puedan surgir de las deliberaciones interdisciplinarias puesto que, a pesar de que los actores principales de la consulta virtual son el médico y el paciente, existen actores secundarios y una red de relaciones e implicaciones médico-legales que deben ser valorados desde la perspectiva de la bioética.

REFERENCIAS

1. Esparza J. COVID-19: Una pandemia en pleno desarrollo. *Gac Méd Caracas*. 2020;128(1):5-11.
2. Organización Mundial de la Salud. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard Base de datos en línea] Disponible en: <https://covid19.who.int/> Fecha de consulta: 05 de marzo de 2022.
3. Sánchez L, Montes de Oca M, Stulin I, Blanco G, Silva IC, Quevedo J, et al. Pacientes hospitalizados con COVID-19: Recuento de un año de pandemia. *Gac Méd Caracas*. 2021;129(3):613-624.
4. Ministerio del Poder Popular para la Salud. API COVID-19 Venezuela [Base de datos en línea] Disponible en: <https://covid19.patria.org.ve/estadisticas-venezuela/> Fecha de consulta: 05 de marzo de 2022.
5. Paniz-Mondolfi A, Sordillo E, Márquez-Colmenarez M, Delgado-Noguera L, Rodríguez-Morales A. The arrival of SARS-CoV-2 in Venezuela. *Lancet*. 2020;395(10236):e85-e86.
6. Alemán I, Vera E, Patiño-Torres MJ. COVID-19 y la educación médica: retos y oportunidades en Venezuela. *Educación Médica*. 2020;21(4):272-276.
7. Esquerda M. Ventajas, inconvenientes y aspectos éticos del teletrabajo. *FMC*. 2021;28(4):207-209.
8. De Lorenzo O. Telemedicina: ética y responsabilidad. *Cir Plást Iberolatinoam*. 2020;46(4):379-380.
9. Marsiglia I. Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gac Méd Caracas*. 2006;114(3):183-189.
10. Rodríguez A, Jarillo EC, Casas D. La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave*. 2018;18(5):e7264.
11. Valero G, Briceño L, Sanabria T. La telemedicina en las medicaturas rurales en Venezuela. *Gac Méd Caracas*. 2009;117(2):111-117.
12. WHO (World Health Organization). Telemedicine. Opportunities and developments in member states. Report on the second global survey on eHealth. Global Observatory for eHealth series. Volume 2. [Documento en línea]. Disponible en: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf Fecha de consulta: 12 de Enero de 2022
13. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Telesalud. [Documento en línea]. Disponible en: https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=9684:telehealth&Itemid=193&lang=es Fecha de consulta: 12 de enero de 2022.
14. Álvarez JA. Aspectos éticos de la telemedicina ante la pandemia de COVID-19. *Medicina y Ética*. 2021;32(1):249-270.
15. Vergeles JM. Formación permanente de los profesionales de atención de salud y control del desarrollo dentro de unos límites éticos puede asegurar el éxito. *Aplicaciones de la telemedicina en atención primaria*. *Aten. Primaria* 2001;27:5458.
16. Pareras LG. Internet y Medicina. Presente y Futuro. En: *Aseguramiento y Medicina Virtual. Los nuevos desafíos*. Ed. Fundación Sanitas y otros. Madrid, 2001.p.42-43.
17. Beltran CM, González M, Girela E. Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2021;47(2):122-130.
18. Rheuban K. Telemedicina y COVID-19. In: *Medical M*, editores. *Boletín: COVID-19*. McGraw Hill. [Libro en línea]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2910§ionid=24810171> Fecha de consulta: 7 de enero de 2022.
19. Interstate Medical Licensure Compact Commission. Information for Physicians [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.imlcc.org/information-for-physicians/> Fecha de consulta: 12 de enero de 2022
20. Organización Médica Colegial de España. Informe de la Comisión Central de Deontología en relación a la telemedicina en el acto médico. 10 de junio de 2020. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_informe_ccd_telemedicina_10_06_2020.pdf Fecha de consulta: 7 de enero de 2022.
21. Agencia estatal Boletín Oficial del Estado. Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE-A-2003-21340. 22 de Noviembre de 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con> Fecha de consulta: 8 de enero de 2022
22. Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Julio 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf Fecha de consulta: 8 de enero de 2022
23. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución 2654 de 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf Fecha de consulta: 9 de enero de 2022
24. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Resolución Número 3100 del 25 de Noviembre de 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf. Fecha de consulta: 9 de enero de 2022
25. Atos do Poder Legislativo. LEI Nº 13.989, DE 15 DE ABRIL DE 2020. Diário Oficial Da União. Publicado:

- 16/04/2020. Ed. 73 (1): 1 Disponible en: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>
26. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº2.227/2018. Diário Oficial Da União. Publicado: 06/02/2019. Ed. 26(1): 58 Disponible en: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/62181135/do1-2019-02-06-resolucao-n-2-227-de-13-de-dezembro-de-2018-62180763 Fecha de consulta: 10 de enero de 2022.
 27. República de Panamá. Programa Nacional de Telemedicina y Telesalud. Gaceta oficial. Año 101. No. 25.366.p.2.
 28. República Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. Ley 19.286: Código de Ética Médica. 17 de Octubre de 2014. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2014_ley19.286_ury.pdf Fecha de consulta: 10 de enero de 2022.
 29. Decreto Supremo N° 003-2019-SA. Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud. El peruano. 16 de febrero de 2019. pp. 29-34. Disponible en: https://es.scribd.com/document/399910349/D-S-003-2019-SA#from_embed Fecha de consulta: 11 de enero de 2022.
 30. Asamblea Nacional de Venezuela. República Bolivariana de Venezuela. Ley del Ejercicio de la Medicina. Gaceta Oficial N° 39.823 del 19 de diciembre de 2011. Disponible en: <https://alc.com.ve/wp-content/uploads/2013/10/Ley-del-Ejercicio-de-la-Medicina.pdf> Fecha de consulta: 11 de enero de 2022.
 31. Federación Médica Venezolana. Código de Deontología Médica. LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de Marzo de 1985. Disponible en: <https://docs.venezuela.justia.com/federales/codigos/codigo-de-deontologia-medica.pdf> Fecha de consulta: 11 de enero de 2022.
 32. Asamblea Nacional de Venezuela. República Bolivariana de Venezuela. Ley de Telesalud. 28 de Diciembre de 2015. Disponible en: <https://pandectasdigital.blogspot.com/2017/02/ley-de-telesalud.html> Fecha de consulta: 11 de enero de 2022.
 33. Jonas HH. Barcelona: 2014. El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica. <https://scholar.google.com/scholar?q=jonas+H.+El+abilidad:+ensayo+de+una+%C3%A9tica+para+la+civilizaci%C3%B3n+tecnol%C3%B3gica+2014+Herder+Barcelona>
 34. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre la ética de la telemedicina. [Documento en línea]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-etica-de-la-telemedicina/>. Fecha de consulta: 26 de enero de 2022.
 35. Aguilar B. Vigencia de las humanidades médicas. Cuadernos de Bioética. 2018;1(2):3-9.
 36. Onor ML, Misan S. The clinical interview and the doctor-patient relationship in telemedicine. *Telemed J E Health*. 2005;11:102-105.
 37. Rojas G. La historia clínica: Una mirada desde la bioética. *Gac Méd Caracas* 2021;129(3):707-716.
 38. Giusio C. Nuevo concepto en Historia Clínica: Patobiografía o Historia de Salud Buenos Aires: Universidad Barceló; 2014. [Artículo en línea]. Disponible en: <https://n9.cl/7b490> Fecha de consulta: 26 de enero de 2022.
 39. Criado del Río MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:24-28.
 40. Achával A. Manual de medicina legal, práctica forense. 3ª edición. Buenos Aires: Abeledo Perrot; 1968:50.
 41. Ríos A, Fuente A. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. México, CNDH. 2017.
 42. Sindicato Médico del Uruguay SMU. “Buenas prácticas en Telemedicina”. Disponible: <https://www.smu.org.uy/recomendaciones-y-aportes-del-smu-para-la-telemedicina/> Fecha de consulta: 29 enero de 2022.
 43. Gisbert JA. Medicina legal y toxicología. Barcelona: Editorial Masson; 2000:87.
 44. Langarizadeh M, Moghbeli F, Aliabadi A. Application of Ethics for Providing Telemedicine Services and Information Technology. *Med Arch*. 2017;71(5):351-355.
 45. Bepali Y. Reflexiones y comentarios bioéticos sobre telemedicina. 2021. Disponible: <https://www.smu.org.uy/wpsmu/wp-content/uploads/2021/02/Dilemas-Eticos-y-comentarios-Bioeticos-acerca-Telemedicina.pdf> Fecha de consulta: 29 enero de 2022.
 46. Rojas G. Cumplimiento del deber profesional. ¿Qué significa para el médico de estos tiempos? Una reflexión bioética. *Gac Méd Caracas*. 2021;129(1):1-8.
 47. Suárez G. La solidaridad como principio de la bioética. *Rev Bioética*. 2013;13(3):4-9.
 48. UNESCO. “Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos” 19 octubre de 2005. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
 49. Lee I, Kovarik C, Tejasvi T, Pizarro M, Lipoff JB. Telehealth: Helping your patients and practice survive and thrive during the COVID-19 crisis with rapid quality implementation. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:1213-1214.
 50. Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. American College of Physicians. E-Health and its

COVID-19 Y AUGE DE LAS CONSULTAS MÉDICAS VIRTUALES

- impact on medical practice Philadelphia. *Lancet*. 2020;395:1180-1181.
51. American College of Physicians. 2018. Fecha de consulta: 12 de Mayo de 2020. Disponible en: https://www.acponline.org/acp_policy/policies/ehealth_impact_medical_practices_2008.pdf
 52. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. COVID-19: A remote assessment in primary care *BMJ*. 2020, 368: m1182.
 53. Sokol DK, Car J. Patient confidentiality and telephone consultations: Time for a password. *J Med Ethics*. 2006;32:688-689.
 54. Vokinger KN, Nittas V, Witt CM, Fabrikant SI, von Wyl V. Digital health and the Covid-19 epidemic: An assessment framework for apps from an epidemiological and legal perspective. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20282.
 55. Superintendencia de salud. Consultas por telemedicina en Isapres superan las 190 mil entre marzo y octubre de este año. Fecha de consulta: 22 de agosto de 2022. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/prensa/672/w3-article-19740.html#:~:text=Las%20mujeres%20contin%C3%BAan%20como%20las,sexo%2C%20marzo%20a%20octubre%202020>.
 56. Busso M, Gonzalez MP, Scartascini C. On the demand for telemedicine: Evidence from the COVID-19 pandemic. *IDB Working Paper Series-1202*. 2021. Fecha de consulta: 22 de Agosto de 2022. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/On-the-Demand-for-Telemedicine-Evidence-from-the-Covid-19-Pandemic.pdf>
 57. Ledesma FM, Coppolillo FE, Trillo F, Dingiana A, Heffner LA. Telemedicina en seguros de salud durante la pandemia de la COVID-19. *Atención Primaria Práctica*. 2022;4(3):100144.
 58. Knudsen KE, Willman C, Winn R. Optimizing the Use of Telemedicine in Oncology Care: Postpandemic Opportunities. *Clin Cancer Res*. 2021;27(4):933-936.