

TELECONSULTA: MODALIDAD QUE AVANZA MÁS ALLÁ DE PARTIDARIOS Y DETRACTORES



La telemedicina, que avanza más allá de los temores y oposiciones, se divide en tres grandes acciones; la teleasistencia –la prestación médica intermediada por la comunicación–, el telemonitoreo –seguimiento remoto de personas con algún grado de vulnerabilidad– y la teleducación –acceso vía a streaming a congresos–. En ese contexto, ¿dónde queda la teleconsulta?

Entrevistas de Roberto H. Iglesias

Como cualquier avance, la telemedicina tiene partidarios o detractores. No hay nadie que abiertamente diga que está en contra, pero la Federación de Entidades Médicas Colegiadas (Confemeco) –que integran colegios y consejos médicos de la Provincia de Buenos Aires y otras diez provincias– llegó a manifestar su “preocupación” por esta forma de atención que “pone en alerta a los médicos”.

Un comunicado de Confemeco sostiene que “el acto médico es presencial y requiere de la interacción del profesional con el paciente en forma personal, en un ámbito adecuado y respetando todas las implicancias ético-legales que rigen la profesión en nuestro país, para constituirse en una consulta médica”.

Sin embargo, ninguno de los impulsores de la telemedicina consultados para esta nota postula que se prescindiera del profesional médico en las tele-

consultas, ya sea al lado del paciente o en el otro extremo del circuito (en casos de baja complejidad).

Uno de los entrevistados, Gabriel Barbagallo, titular de la Asociación Civil de Telemedicina, sostiene que desde un punto de vista didáctico, la telemedicina “se entiende mejor si se la divide en tres grandes acciones”. Una es la teleasistencia, que es la prestación médica por intermedio de la comunicación, donde un profesional en forma directa o indirecta (a través de otro médico) se pone en contacto para resolver una patología: urgente/no urgente, atención programada/no programada, o primera opinión/segunda opinión.

Después, prosigue Barbagallo, está el campo del telemonitoreo: personas con algún grado de vulnerabilidad (discapacidad, enfermedad crónica, insuficiencia cardíaca) que son objeto de monitoreo para que el servicio de salud pueda responder en tiempo y forma. Como el promedio de vida se prolonga, “hay menos posibilidad

de gente que pueda cuidar a estos pacientes". Esto obliga a que se desarrollen sistemas de monitoreo de signos vitales o de condiciones de alerta.

Por último, finaliza Barbagallo, está la teleeducación. Antes los profesionales tenían que ir a un congreso; buscar quien financie o financiarse uno mismo. Hoy, con *streaming* y las conexiones médico a médico puede mantenerse actualizado esté donde esté. Hay hasta funciones de traducción simultánea, "la lengua ni siquiera va a ser un escollo", señala.

Otro de los entrevistados, Guillermo Schor Landman, presidente de la Fundación Iberoamericana de Telemedicina que desarrolló la plataforma *Acuario Salud* con la que algunas provincias gestionan sus sistemas, brinda su propia caracterización de la actividad.

Telemedicina, afirma Schor, es un término que tiene tres ámbitos. Está el ámbito de la administración donde la historia clínica electrónica sería una parte de la telemedicina. En segundo lugar, está el ámbito de la educación médica, tanto para el mundo médico como para profanos, lo que para mí también es telemedicina.

Por último, subraya Schor, está el gran tema que es la consulta médica a distancia. Esto último es lo que más está creciendo en el mundo. "Justamente por esa necesidad de prevención y el crecimiento exponencial que tenemos de dispositivos de todo tipo, incluso dispositivos domiciliarios, teléfono celular o relojes", acota.

La palabra oficial se hace presente con Emiliano López, el médico coordinador del Plan Nacional de Telesalud, define la telemedicina como "los servicios y recursos sanitarios facilitados por la incorporación de las tecnologías la información y comunicación, de manera segura, bajo estándares y centradas en el ciudadano".

Gabriel Barbagallo: "No se trata de ahorrar dinero, sino de hacer más eficiente la atención médica"



Gabriel Barbagallo es médico clínico graduado en la UBA, pero es también el gerente de Relaciones Institucionales y de Responsabilidad Social Empresaria de OSDE. A la vez, es titular de la Asociación Civil de Telemedicina de la República Argentina (ACTRA), entidad creada en 2017

—¿Qué es ACTRA?

—ACTRA es una asociación civil que tiene dos años de vida. Empezamos siendo tres entidades de salud privadas, entre las que hay obras sociales, prepagas, sanatorios, empresas de emergencias de Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Mendoza. También hay gente de Neuquén. Estamos a punto de ser 24. Lo que buscamos, primero y principal, es trabajar en la regulación de la actividad. La telemedicina no es una actividad ilegal, pero no hay un marco legal específico; o más bien el que existe es de la época en que solo había teléfono. Por otro lado, también queremos difundir la actividad. La telemedicina es una herramienta principalmente de acceso. Se mejora el acceso de los pacientes a la nueva medicina y es también una forma de acceso de los profesionales a la formación continua.

–¿Cómo fue la experiencia de OSDE con la telemedicina?

–Hay experiencias de muchas entidades de las que están en ACTRA, pero ya que la pregunta es en particular puedo contar la experiencia de OSDE, que es una institución más de la asociación, aunque ahora nos toca presidirla. En OSDE empezamos hace unos cuatro años con una actividad para dar servicio a lugares remotos. Como tenemos afiliados en todo el país, algunos están en sitios de difícil acceso, aunque con algún personal sanitario (médicos, enfermeras). Pueden ser petroleras, mineras; estar a 4000 metros en la Puna de Atacama o en al Patagonia. Funcionamos para ofrecerle a estos sectores asistencia a la demanda no programada de servicios médicos de esos lugares. También es un sistema de segunda opinión que evita trasladarse de un lugar a otro. Y asimismo es una forma de que profesionales que están en los lugares más periféricos del país puedan hacer interconsultas con profesionales más calificados. Después viene toda la historia de la teleconsulta, en la cual el paciente accede directamente a la consulta con un médico.

–¿Se puede decir que las teleconsultas son la telemedicina propiamente dicha?

–Desde un punto de vista didáctico, la telemedicina se entiende mejor si la dividimos en tres grandes acciones. Una es la teleasistencia, que es la prestación médica por intermedio de la comunicación, donde un profesional en forma directa o indirecta (a través de otro médico) se pone en contacto para resolver una patología: urgente/no urgente, atención programada/no programada, primera opinión/segunda opinión. Después está el campo del telemonitoreo: personas con algún grado

de vulnerabilidad (discapacidad, enfermedad crónica, insuficiencia cardíaca) que son objeto de una forma de monitoreo para que el servicio de salud pueda responder en tiempo y forma. Como el promedio de vida se prolonga, hay menos posibilidad de gente que pueda cuidarlos. Esto obliga a que se desarrollen sistemas de monitoreo de signos vitales o de condiciones de alerta.

Por último está la teleducación. Antes los profesionales tenían que ir a un congreso; buscar quien te financie o financiarse uno mismo. Hoy, con *streaming* y las conexiones médico a médico puede mantenerse actualizado esté donde esté. Hay hasta funciones de traducción simultánea, la lengua ni siquiera va a ser un escollo.

“Tenemos afiliados en todo el país, algunos en sitios de difícil acceso, aunque con algún personal sanitario. Pueden ser petroleras, mineras; estar a 4000 metros en la Puna de Atacama o en al Patagonia. Funcionamos para ofrecerle a estos sectores asistencia a la demanda no programada de servicios médicos de esos lugares”

Nosotros vimos venir todo esto y por eso dijimos va a haber que trabajar estas cosas desde una asociación que estudie el tema; para interactuar con las sociedades científicas y médicas y también que interactúe con las autoridades competentes.

–¿Cómo creció el uso de la telemedicina? ¿Hay estadísticas?

–La teleasistencia para sitios remotos es algo no programado, pero ya tenemos unas 20 empresas conectadas. Estamos empezando a trabajar por áreas de *videoprotección*, es decir, cuando exista un evento médico que sea posible conectarse rápidamente con nosotros. Así tenemos, por ejem-

plo, a lugares de Parques Nacionales, comenzamos pruebas en buques pesqueros.

–¿Hasta qué punto se pueden resolver esos eventos en forma virtual?

–La telemedicina tiene también una limitación. No todo se puede resolver de manera virtual. No hay que caer en ese error. Es una forma más de acceso y una forma de acompañar y asistir una prestación médica. Si es de baja complejidad se puede resolver a distancia. De una y otra manera siempre tiene que haber un médico: al lado o a distancia. Pero no reemplaza al médico.

–De la misma manera que en teleducación se dice que no reemplaza al maestro o al profesor

–Del otro lado siempre está el profesor. Nunca Wikipedia va a poder reemplazar a un profesor. Aunque con todos los avances, la palabra “nunca” siempre es relativa. Las videoconsultas pueden asistir una persona con problema de baja complejidad. En lugares como el buque pesquero o una plataforma petrolera, hay muchas veces algún tipo de personal sanitario. Por ejemplo, en los pesqueros de hasta 30 tripulantes, el capitán es la autoridad sanitaria porque debe estar capacitado para primeros auxilios. Con más tripulación necesitan llevar un enfermero o médico. Pero en todos los casos se pueden conectar en forma remota con un centro de asistencia como el nuestro o cualquier otro.

–Las empresas, entonces, se abonan a un sistema

–Son empresas que tienen afiliados nuestros. A las personas que son afiliados nuestros les ofrecemos el servicio sin cargo, pero se los damos a

todo el mundo, sean o no afiliados, cuando la situación lo requiere. Si tiene un problema en altamar, en una montaña o en una plataforma petrolera no les vamos a pedir el carnet. Resolvemos el problema y lo damos por incluido en el costo global que tienen las empresas que pagan por mes por todos los afiliados.

–¿Cómo funciona el sistema? Si soy una empresa pesquera y tengo un buque navegando con un tripulante enfermo, ¿la embarcación se conecta por satélite con la central de OSDE y de esa forma le hacen un diagnóstico?

–Exactamente; así interactuamos. Lo primero que se hace es determinar si la persona reviste la gravedad necesaria para ser evacuada o no. También el buque tiene conexión con Prefectura, que es obligatoria. Nosotros damos la opinión técnica. Y ahí ellos pueden mandar un helicóptero o lancha o determinar si el buque se sale de curso y llega a tierra. Hay otras experiencias muy interesantes. Tenemos una empresa asistida, una mina de litio, que está 4000 metros de altura en la Puna de Atacama. La subida y bajada de gente es cada dos semanas. No es sencillo llegar, porque son caminos escarpados. Un día tuvimos un paciente con hernia atascada. Cuando se decidió derivarlo, tardó siete horas en llegar al centro. Pero cuando llegó todo el equipo quirúrgico estaba preparado para la operación. Así se mejora el acceso, se ahorra tiempo y la recuperación de afiliados es mucho más sencilla.

Por otro lado, el personal sanitario en sitios tan hostiles sufre normalmente lo que se llama el síndrome de *burnout*, un tipo de estrés generado por la incertidumbre de que aparezca algo muy grave. Llega un momento en que aparece ese estrés. También



“La telemedicina tiene también una limitación. No todo se puede resolver de manera virtual. No hay que caer en ese error. Es una forma más de acceso y una forma de acompañar y asistir una prestación médica. Si es de baja complejidad se puede resolver a distancia”

tenemos un sistema de asistencia psiquiátrica para las personas en esa situación, con la periodicidad correspondiente: uno de nuestros profesionales de salud mental se conecta para que puedan descargar esa angustia.

–Las bases antárticas deben ser el caso extremo

–Ese es uno de mis sueños. Establecer en la Antártida el sistema de video asistencia.

–¿Todavía no hay nada?

–Creo que el Ministerio de Defensa tiene ya un tipo de conexión. Me aparece que se puede hacer un trabajo más profundo.

–¿Cómo funciona la telemedicina en los casos de los pacientes en lugares urbanos?

–En esos casos la telemedicina suprime bastante los momentos “pico” de visitas a domicilio. Tenemos más o menos 17.000 llamados diarios. El país es muy extenso pero está concentrado en cinco ciudades. En las

zonas urbanas, a veces la movilidad se dificulta. Las consultas de baja complejidad que se pueden resolver de manera virtual permiten descomprimir. Por eso hay también empresas de emergencias que son parte de ACTRA. Otra cosa muy importante es el diagnóstico, especialmente en las especialidades con imágenes que se pueden resolver a distancia (radiología, dermatología, anatomía patológica). Con esto se evita el tema de la remisión física de una biopsia en muchos casos. En Mendoza, por ejemplo, el hospital provincial desarrolló un sistema de teleconsultas de dermatología carcelaria. Es un gran campo de acción para la telemedicina. Cuando una persona en prisión requiere atención médica externa se arma todo un protocolo de movilización muy complejo. En cambio, en Mendoza, los problemas dermatológicos de los convictos se resuelven por telemedicina.

–¿En qué proporción las teleconsultas reducen las vistas domiciliarias?

–Primero se evalúa si es una consulta de baja complejidad que puede ser virtual. Y el paciente debe dar su conformidad: la aceptación hoy día ronda el 30%, pero las generaciones más jóvenes aceptan en mayor proporción y con más facilidad. Sabemos que esto se va ganando con el tiempo. Si los casos están bien seleccionados estamos hablando de un 85% de resolución, pero dentro del citado 30%.

–A veces existe la impresión que Argentina es un país más hipocondríaco que el resto del mundo y que eso motiva muchas consultas

–Lo que tiene Argentina es que hay visitas a domicilio para pacientes de baja complejidad, cosa que casi no

existe en el resto del mundo. En otros lugares cuando tiene una fiebre, un catarro, etc., la gente se viste y va al centro de salud. No digo que sea un invento argentino, pero en Argentina hay tanta demanda de visitas a domicilio para temas de baja complejidad que está fuera de control. Esto no se tiene que confundir con las visitas a domicilio por urgencias o por riesgo de vida, que sí existen en todo el mundo.

–Entonces, frente a este tipo de cosas, ¿la telemedicina supone un ahorro?

–El ahorro no es tanto monetario y directo. Más bien es una herramienta que optimiza los recursos. Si yo mando una ambulancia a atender una gripe estoy malutilizando el servicio, sería un ahorro pero en términos de eliminar la ineficiencia. También hay un ahorro en movilidad de gente: si una persona tiene que tomarse un avión en vez de resolverlo desde su casa, deja de trabajar, el chico falta al colegio y hay consumos de combustible. Todo eso se puede evitar. No se trata de una forma de ahorrar dinero, sino una eficientización de la atención médica.

–¿Qué podemos esperar de la telemedicina a medida que pase a ser algo usual?

–Nosotros estamos discutiendo el tema de telemedicina y el mundo ya está en otro lado: inteligencia artificial, realidad virtual, etc. Muchas sociedades ya lo tienen incorporado. La medicina occidental tiene 2400 años desde Hipócrates, pero la electricidad no más de 150. Así que por más de 2200 años se hizo medicina sin electricidad. Claro, cuando apareció la electricidad habrá habido una gran discusión: ética, profesional, política. Con el tiempo la telemedicina va a ser una herra-

menta más: no va a haber una nota hablando sobre telemedicina, como hoy no hay una nota que trate sobre la luz eléctrica en la ciencia médica.

–De hecho, ya se incorporó la inteligencia artificial al diagnóstico por imágenes

–IBM desarrolló la herramienta *Watson for Oncology*, por el nombre del fundador de IBM, [Thomas J.] Watson. Con cinco preguntas se anima a darle un diagnóstico de cáncer y además le brinda acceso al último artículo académico sobre el tratamiento de ese cáncer hasta ayer. Por supuesto, eso no reemplaza a los médicos, porque eso también lo tienen que manejar los médicos. Hay otras herramientas maravillosas, como a personas en riesgo de Alzheimer o con Alzheimer le ponen un casco de realidad virtual: los sacan a “pasear” virtualmente por su barrio y tienen que “volver” solos a la casa. Así ejercitan la mente.

–Como si hicieran crucigramas

–Pero con su barrio.

“No digo que sea un invento argentino, pero en Argentina hay tanta demanda de visitas a domicilio para temas de baja complejidad que está fuera de control. Esto no se tiene que confundir con las visitas a domicilio por urgencias o por riesgo de vida, que sí existen en todo el mundo”



–¿De qué manera la telemedicina entra dentro del PMO, el Plan Médico Obligatorio que la ley requiere a las empresas de medicina prepaga?

–El PMO dice que están incluidas las consultas. No especifica si pueden ser virtuales o teleconsultas. No creo que sea un escollo. Tendríamos que definirlo en el PMO, ya que no figuran de manera taxativa.

–¿Ustedes participan en el Grupo de Salud que se reúne en la Secretaría de Salud? ¿Que salió de allí hasta ahora?

–Se hizo una primera resolución donde se determina la estrategia de telesalud. Y se establecen recomendaciones.

–¿Ese texto está disponible?

–Las recomendaciones aún no se terminaron. Van a salir por una disposición de la Secretaría de Salud. Se establecen condiciones, medidas de seguridad, a partir de una discusión. Son recomendaciones, no tienen fuerza de ley.

–¿Qué puntos se plantean en cuanto a regulación?

–Tenemos que crear las condiciones para que la telemedicina sea una práctica de acceso amplia y segura. Y cuando hablamos de seguridad son dos seguridades. Primero, la seguridad médica del paciente-usuario que sabe que lo están atendiendo por una herramienta comprobada, chequeada, habilitada y todo lo que un país serio a través de sus organismos de control puede hacer.

Segundo, seguridad jurídica para quien lo ejerce. Es necesario tener taxativamente una resolución que admita de manera explícita este tipo de herramienta. No es ilegal, ya que no está prohibida, pero...^U

Guillermo Schor-Landman: “La telemedicina no reemplaza al médico con la computadora sino que crea un puente”

Guillermo Schor-Landman es un abogado argentino especialista en telecomunicaciones. Se desempeña como representante de empresas satelitales como Iridium e Inmarsat y es asesor de FOETRA en temas regulatorios. Preside la Fundación Iberoamericana de Telemedicina, entidad que ha desarrollado el programa Acuario Salud y por el cual se gestiona actualmente la telemedicina en la provincia de La Rioja



–¿Qué debe entenderse por telemedicina? ¿Solo consultas a distancia? ¿Historias clínicas digitalizadas? ¿Big data aplicado a la medicina?

–Sí, son consultas a distancia; son historias clínicas digitalizadas; sí es big data. Pero siempre es prevención y tratamiento de temas de salud. Si yo soy paciente diabético y necesito medirme el azúcar todos los días, a través del celular es bastante simple que esa información vaya a la historia clínica. Si se detecta que estoy fuera de parámetros, se avisa al médico y a la familia que hay un problema.

–Generar una alerta automática

–Cada día es más simple. Como como abogado de telecomunicaciones me ocupo mucho de empresas de satélites: durante años estuve con los *landing rights* del proyecto argentino de ARSAT. Hay una empresa de los

Estados Unidos, ViaSat, que armó para los veteranos de guerra de ese país un gran centro en Washington con un dispositivo domiciliario que mide una serie de indicadores y que avisa inmediatamente por satélite al centro y el centro avisa al médico. Finalmente, es el médico quien llama al paciente y le dice: “hoy no coma dulces” o “no tomó su remedio”. O “venga a verme”.

–Ni siquiera la consulta es generada por el paciente, sino que se contacta al paciente cuando el sistema detecta algo anormal.

–Es que justamente es un proyecto de medicina preventiva personalizada y es algo que hoy la medicina nos permite hacer. En el sistema que instalamos en La Rioja, por ejemplo, están todos los diabéticos y los oncológicos bajo un sistema de prevención específico.

–Entonces, ¿cómo se puede describir el estado del arte hoy en telemedicina, particularmente en la Argentina?

–Hoy estamos viviendo en Argentina una situación maravillosa. Lo digo desde mi condición de evangelizador entusiasta de las ventajas de las tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de la salud. Por otro lado, es muy importante la posición que ha tomado la Secretaría de Salud de la Nación, al dictar el año pasado una política nacional de salud digital. Fue establecer reglas claras con respecto al uso de las TIC. Y en segundo lugar, este último enero, se dio otro paso al crearse un Grupo Asesor de Telesalud, que funciona el ámbito de la dirección de sistemas de información de esa secretaría.

–Todo en la Secretaría de Salud. ¿Y en otras áreas de gobierno hay desarrollos?

–En la secretaría de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones hay cosas que se están haciendo en la Subsecretaría de Regulación, donde está Oscar González. Allí también el ingeniero Ricardo Pérez está trabajando en el tema, en contacto con las secretarías de Modernización y de Salud. Me enteré de que Modernización está desarrollando una plataforma de teleconsultas con el concepto de referencia y contrarreferencia, esencialmente para el contacto entre médicos. Y están haciendo algunas pruebas, creo que en las provincias de Chaco y de Misiones. En el ámbito del Grupo Asesor de la Secretaría de Salud estamos trabajando con un grupo muy heterogéneo, y muy interesante, donde está el Hospital Italiano, el Hospital Posadas y el Hospital Garrahan y, por supuesto, nuestra Fundación Iberoamericana de Telemedicina con Acuario Salud. Hay también una

empresa de Mar del Plata, Médicos Online, que está proponiendo una plataforma propia de teleconsultas. En ese grupo se están debatiendo y estableciendo lo que serían las reglas para que una teleconsulta tenga un verdadero valor jurídico y probatorio.

–Esto incluiría también establecer ciertos protocolos y capacitación al personal

–Establecer protocolos, tomando como base la experiencia de Garrahan que es muy rica, de muchos años y que en el último tiempo y con este gobierno ha tenido mucho más impulso todavía. Con esos protocolos han logrado bajar los traslados de los pacientes del interior a Capi-

“La telemedicina permite trabajar en medicina preventiva personalizada y es algo que hoy podemos hacer. En el sistema que instalamos en La Rioja, por ejemplo, están todos los diabéticos y los oncológicos bajo un sistema de prevención específico”

tal en forma tremenda. Y además, se toman los antecedentes de la American Telemedicine Association, de la American Pediatrics Association, de experiencias exitosas que establecen reglas que quizás parecen muy simples pero que si uno no las considera y no las toma en cuenta empieza a notarse su importancia. Por ejemplo, que haya un ámbito adecuado: que la teleconsulta no se haga en una casa de familia, en un bar o en el auto.

Que sea una consulta lo más parecida a una consulta del mundo real, pero aprovechando un medio de comunicación para alguien que no se puede trasladar hasta un consultorio. O que está en un zona remota o de difícil

acceso. Debe haber un ámbito apropiado y un trato apropiado para ese paciente. El Garrahan tiene un texto escrito, como un cartel, que dice que no se puede comer, no se puede fumar, no se puede atender llamadas de celular. Algo que es básico.

–Pero a veces si no se explicita, la gente no lo sabe o no se le ocurre

–Exactamente. A veces dentro de esas reglas debe haber algo fundamental: esa consulta tiene que estar acompañada de una historia clínica electrónica, de manera que el médico reciba la información de ese paciente y la tenga delante de él (y además de eso cargue la información de esa consulta) o la complete en el momento, en caso de que sea una primera consulta. Por supuesto que en ese ámbito hubo mucha discusión acerca de si la primera consulta puede ser también a distancia. Y he tomado un poco el caso de lo que ocurre con el teletrabajo: Argentina es uno de los pocos países donde está reglamentado y que inclusive está incorporado en los convenios colectivo de trabajo y que el planteo es: el teletrabajo puede ser no menos de dos días, no más de tres días por semana pero un par de días tiene que ir a su lugar de trabajo. Con esto mi posición es la misma. Lo ideal es que el paciente tenga un contacto presencial con el médico en algún momento que puede ser la primera o la segunda vez en algún momento.

–Cuando la historia clínica está dispersa en papeles e instituciones de distintos orígenes, ¿qué debe hacerse?

–La historia clínica sabemos que hoy está fracturada, como está fracturado el sistema de salud en distintos lugares. En ese caso hay que abrir una nueva historia clínica y hay que co-



DONDE
Y CUANDO
QUIERA

SCIENZA MÓVIL

Ahora los pacientes
pueden seleccionar:



Farmacia
de entrega



Día y
horario

SEGUIMOS TRABAJANDO PARA HACER TODO AÚN MÁS SIMPLE.



SCIENZA

Scienza Argentina

Av. Juan de Garay 437
Buenos Aires (C1153ABC)
Tel. (+54 11) 5554-7890

www.scienza.com.ar

Scienza Uruguay

Av. Luis Alberto de Herrera 1248
Torre 2 Piso 19. Montevideo (11300)
Tel. (+598 2) 1988-9000

www.scienza.com.uy

menzar de cero. Quizás no es el médico sino que es la enfermera quien deba cargar la información.

–¿Pero qué pasa con alguien que ha trabajado en distintos regímenes y lugares distintos?

–Definitivamente, se va a digitalizar. Nosotros con nuestra fundación estamos trabajando mucho en esta implementación de historia clínica electrónica en la salud pública. Nuestra recomendación es digitalizar desde el momento en que comienza hacia adelante. Y en algún momento, a medida que va apareciendo, tratar de digitalizar también la información anterior.

–Si hasta ahora no digitalizaron todas las ediciones de los diarios, por ejemplo, ¿lo que llevará digitalizar todas las historias clínicas!

–Vamos a hablar de historia clínica. Yo no creo que sea tan complicado. Hay un tema que la mayoría de las instituciones médicas y los médicos en particular no han considerado: la Ley 26.529, la ley de derechos del paciente. Esa ley establece –a mi entender de manera equivocada, pero es una teoría muy mía que se puede discutir –que la historia clínica es del paciente. La institución de salud o el médico es un simple depositario. Por esa razón, la falta de entrega de la historia clínica se transforma en un delito.

–Ahora, sabiendo cómo son las cosas en la Argentina, se podría argumentar que ese tipo de figuras legales nunca se aplican

–Es que en algún momento mis colegas abogados lo van a tomar como caballito de batalla y van a iniciar demandas. La reglamentación de la Ley 26.529, por ejemplo, establece que si una institución médica quiebra el directorio es solidariamente respon-

“En el ámbito del Grupo Asesor de la Secretaría de Salud estamos trabajando con un grupo muy heterogéneo, y muy interesante, donde está el Hospital Italiano, el Hospital Posadas y el Hospital Garrahan y, por supuesto, nuestra Fundación Iberoamericana de Telemedicina con Acuario Salud”



sable por la no entrega de la historia clínica de los pacientes. Y si es un médico particular en un consultorio y se muere, los herederos son responsables. Esto no es una construcción ni una interpretación. Es el decreto reglamentario de la ley. A partir de ahí, la responsabilidad de la guarda y el acceso a las historias clínicas es una responsabilidad penal y una responsabilidad civil solidaria que alcanza a muchos lugares. En algún momento los médicos e instituciones de salud van a tener que modificar la manera en que guardan la información.

–Quiere decir que si un paciente va a un centro de salud donde se atendió y pide la historia clínica se la tienen que dar

–En 48 horas. La ley establece un plazo de guarda de 10 años a partir de la última consulta. Es también un error porque el nuevo código Civil y Comercial establece una prescripción de 5 años. Pero la ley de derechos del paciente determina 10 años.

–¿Y esa historia clínica son papeles sueltos o un documento digital?

–Si ya fueron digitalizados, podría ser un archivo digital. No nos olvidemos que por la ley de firma digital el documento digital tiene el mismo valor que un documento de papel. Y tienen el carácter de original y no de una copia. Yo creo que el proceso de digitalización de la salud tiene muchos aspectos. Uno, quizás sensible, es éste.

–¿Cuál es el trabajo de la Fundación Iberoamericana de Tecnología y la plataforma Acuario Salud?

–Desarrollamos una plataforma para posibilitar la telemedicina y la interconexión de centros y profesionales. En 2009 comenzamos con la plataforma *Acuario* en la provincia de Salta: en los tramos iniciales fue responsabilidad nuestra, sobre todo en lo que es mejora continua, capacitación e implementación. Después Telecom Argentina compró la plataforma para la provincia. Nosotros ya dejamos de atenderlos y siguen ellos. Hay alrededor de 900.000 pacientes de salud pública y 70 centros de salud interconectados.

En La Matanza a partir de un programa de financiamiento del Banco Mundial, el programa Sumar, se armó una prueba piloto en cinco grandes centros que hoy tienen 350.000 pacientes. Allí decidieron hacer un desarrollo propio que está en vías de implementación y en realidad está conviviendo con distintos sistemas.

El desarrollo más importante de nuestra plataforma de telemedicina es en La Rioja. Ahí tenemos una red en la que cualquier incidente va a cualquier centro de salud y, al mismo tiempo, la historia clínica está plenamente disponible.

–¿Abarca también centros de salud privados?

–Sólo estatales. Estamos hablando de salud pública. Pero así como el paciente se iba antes al hospital pensando que lo iban a atender mejor y que tenía todo, resulta que ahora va al centro de salud más cercano y allí se le resuelve todo, incluso la farmacia está digitalizada. Y el stock de farmacia es de conocimiento del médico que está recetando. El vencimiento de los lotes también está digitalizado y es accesible para ese médico.

En caso de que necesite dos pastillas y en el stock de una farmacia hay una sola, el paciente puede retirar esa de esa farmacia e ir a cualquier otra. En el sistema queda que se le está adeudando una pastilla. Uno de los problemas de salud pública (desde la leche maternizada hasta la medicación para diabéticos es que a veces por miedo a que después no haya pierden dos, tres o cinco dosis más de lo que necesitan).

–¿Desde cuándo existe esta red en La Rioja?

–Esto existe en La Rioja desde 2016. En ese año se registraron 5000 consultas. En junio de 2019 ya había cerca de 56.000. Esta es información oficial de estadísticas de la provincia. No es que hubo más consultas sino que quedaron registradas. Es decir, ahora hay información. Se puede hacer el seguimiento de pacientes crónicos. No nos olvidemos que cambió el paradigma de la salud en el mundo: en el siglo pasado la gente se moría por infecciones y hoy el gran problema son las enfermedades crónicas, o sea que se tiende a la prevención. Un sistema de este tipo, que permite tener información de los pacientes, es lo que permite prevenir. Hay un número que no sé si tiene fundamentos y que se maneja en los Estados Unidos, que dice que

por cada dólar que se invierte en prevención, se ahorran seis dólares que se gastarían en caso de enfermedad. Gracias a Dios, todos estamos viviendo mucho más de lo que los actuarios calcularon. Y hay mucho más consumo de prácticas, medicamentos y de servicios médicos. El cálculo que se hizo en una época de gasto en salud, hoy, mal administrado, no alcanza. No estoy hablando de fraude. Hablo de que uno va al médico en este sistema fragmentado y le preguntan: “¿Cuándo se sacó la última placa? Hace una semana. ¿La tiene acá? No. Bueno, ya que estarnos hagamos una. ¿Se hizo el examen clínico? Hace un mes. ¿Y lo trajo? No. Entonces hágase

“En la Fundación Iberoamericana de Tecnología desarrollamos la plataforma Acuario Salud que permite la telemedicina y la interconexión de centros y profesionales. Empezamos en 2009 en la provincia de Salta, seguimos en La Matanza y tuvimos un gran despliegue en La Rioja”

otro...”. Así se duplican las cosas... Ineficiencia por la fragmentación que tiene el sistema de salud. No hablo de una historia clínica, única, nacional. Eso sería un deseo, pero también es una utopía. Pero poder tener un intercambio de información. Es lo que hace ahora la Secretaría de Salud que está trabajando en el llamado Bus de Interoperabilidad para que los sistemas provinciales puedan ajustar y se pueda comparar

–¿La Rioja es la provincia donde está más desarrollado esto?

–Yo entiendo que es La Rioja, lo digo con orgullo. Para la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires se ha dictado un decreto de la

red de salud AMBA, liderada por el Hospital Italiano. Todavía no lo vi funcionando como sistema integral de salud pública, aunque estamos hablando de una de las instituciones.

–En suma, ¿cuántas personas se benefician de esto en La Rioja ?

–En La Rioja son 380.000 habitantes y a julio de 2019 hay 167.504 pacientes. Hay 2746 usuarios: médicos, enfermeras y administrativos utilizando el sistema. Esto es básicamente en la ciudad de La Rioja y hay algunos hospitales que se han sumado en el interior, en Los Sauces, Chilecito y Chepes. Como siempre hay una cuestión de conectividad y disponibilidad de equipos. Sabemos que en el interior siempre es más difícil.

–¿Se puede decir que la telemedicina lleva a una reducción de costos que beneficia y no perjudica al paciente?

–Se está dando un acceso más equitativo, lo que quiere hacer el CUS. Sabiendo que vos podés acceder desde un teléfono, desde una computadora, de manera muy simple. Como herramienta para mejor administración y de más amplio acceso es muy importante.

En 1998, con un grupo de amigos del sector de telecomunicaciones y que estábamos convenidos de las ventajas de la tecnología en el ámbito de salud impulsamos la creación de un grupo de Estudios de *eHealth* en la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT). Cuando se realiza el Congreso Mundial de Telecomunicaciones, evento que se hace cada cuatro años, que tuvo lugar en ese momento en la isla de Malta. Fue con Alberto Eurnekian –que entonces era director del Hospital Santojanni de Buenos Aires– que realizamos una consulta con un paciente salteño,

con médicos salteños, pasando por el Santojanni y que terminaba en el doctor Eurnekian en el congreso de Telecomunicaciones, en Malta.

Tengo la impresión que fue la primera teleconsulta moderna que tuvimos. Nos interesa acreditar que no había necesidad de trasladar a un paciente para todas las consultas. Obviamente, así como el teletrabajo no es aplicable a un obrero de la construcción que tiene que poner un ladrillo. Pero sí es aplicable a muchas otras áreas de esa empresa constructora: legales, administración, diseño...

–¿Cómo sería ese mundo donde la telemedicina estaría bien implantada, qué podemos esperar?

–Creo que va a haber mucho más apoyo a la decisión médica atravesada por sistemas de información. Hace poco hablaba con una empresa española que se ocupa de diagnósticos por imágenes, con unos 150 médicos trabajando, pero a la vez con una tremenda base *big data*. Cada decisión se va cargando en un sistema que va creciendo. Esto logró que bajen mucho los precios: un ecógrafo pasó de 50.000 dólares a 2000 dólares. Todo el tiempo se están haciendo ecocardiografías u otros exámenes que pasan por esta empresa de diagnóstico por imágenes.

Con la inteligencia artificial, el grado de precisión para el diagnóstico tiene más profundidad que el de una primera revisión de un médico. Pero no reemplaza al médico sino que le da al médico una opinión para que el médico ratifique o rectifique. Vamos a un sistema de salud con una gran injerencia de la inteligencia artificial. El desafío –y va a ser también mi desafío para este año– será trabajar en los aspectos éticos de la inteligencia artificial. Para que se use de una manera correcta. [U](#)

Emiliano López: “Hay que incorporar las TIC para fortalecer la cobertura universal de salud”

Emiliano López es médico clínico y es el coordinador responsable de implementar el Plan Nacional de Telesalud bajo la órbita de la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud (DNSIS), dependiente de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación

–¿Cuáles son las responsabilidades concretas de su cargo?

–Entre las responsabilidades del cargo está el diseño, junto a las diferentes jurisdicciones –los ministerios de las provincias– del proceso de implementación del plan. Entre otras acciones acompañamos a las provincias en contar con referentes de telesalud, así como realizar un diagnóstico de necesidad de la provincia para la utilización de estas herramientas. Esto significa definir qué establecimientos de salud cuentan con las condiciones para ser parte de la red de telesalud y así participar de programas de telemedicina y de teleducación.

–¿Hay una definición de telemedicina/telesalud desde el punto de vista del gobierno?

–Desde la Dirección Nacional de Sistemas (DNSIS) de la Secretaría de Gobierno de Salud pensamos a la telesalud como los servicios y recursos sanitarios facilitados por la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), de manera segura, bajo estándares y centradas en el ciudadano, sobre todo como una

política para fortalecer la Cobertura Universal de Salud.

–También desde el gobierno ¿hay una política expresa de impulsar la telemedicina?

–En enero de 2019 la DNSIS emitió por resolución el Plan Nacional de Telesalud, que sienta las bases y propone una hoja de ruta para el desarrollo de la telesalud en nuestro país de carácter federal, polivalente, con fuerte presencia en el primer nivel de atención y atendiendo a enfermedades crónicas no transmisibles. A su vez consideramos fortalecer las redes integradas de servicios de salud con tecnologías interoperables, seguras e integradas a las historias clínicas electrónicas.

–¿Qué se está haciendo/vislumbrando para regular la actividad y con qué pautas?

–Uno de los componentes del Plan Nacional de Telesalud es la creación de un grupo asesor. Ese grupo tiene como objetivo discutir y desarrollar guías y recomendaciones para mejorar las prácticas en el uso de las tecnologías de la información y comunicación vinculadas a la salud. Ya finalizamos el primer documento de recomendaciones para el uso de la telemedicina que pronto se emitirá como documento oficial desde la DNSIS.

–¿Cuál es el rol del Estado en telemedicina ya no como regulador, sino como prestador de servicios médicos?

–Desde Telesalud ponemos a disposición una plataforma de segunda opinión entre profesionales, de forma progresiva, a los establecimientos públicos de salud. La nueva plataforma, que se encuentra en



“Llevamos 15.000 teleconsultas vehiculizadas por dicha plataforma, mayormente consultas entre profesionales vinculados a pacientes pediátricos dada la gran experiencia del Hospital Garrahan. Para tener una idea de lo prometedor de la herramienta, en los primeros seis meses de 2019 la tasa de uso creció un 50%”

plena implementación, es una herramienta que cuenta con estándares recomendados por la DNSIS, y permite que profesionales de centros de atención primaria u otros establecimientos se comuniquen de forma asíncrona con otros centros que cuentan con especialistas o servicios que pueden apoyar en la toma de decisiones de situaciones complejas o difíciles. Esto lo hacemos ofreciendo programas de telemedicina que amplía la oferta de servicios de establecimientos públicos de todo el país.

–¿Hay estadísticas oficiales sobre el uso de la telemedicina en el país? ¿Qué tendencias marcan estas estadísticas?

–Si bien la plataforma que se está

implementando es nueva, se trata de una versión mejorada de una herramienta que se utiliza desde fines de 2016. Llevamos 15.000 teleconsultas vehiculizadas por dicha plataforma, mayormente consultas entre profesionales vinculados a pacientes pediátricos dada la gran experiencia del Hospital Garrahan. Para tener una idea de lo prometedor de la herramienta, en los primeros seis meses de 2019 la tasa de uso creció un 50%.

–¿Qué beneficios reportará el uso generalizado de la telemedicina al sistema de salud?

–Publicaciones internacionales reportan beneficios en al menos tres aspectos fundamentales. Por un lado, podemos mencionar un aumento en el acceso de pacientes y profesionales a servicios y recursos de salud, habitualmente concentrados en grandes ciudades, la telemedicina permite descentralizar e integrar conocimientos llegando a sitios remotos.

Otro aspecto es la formación permanente y en el ejercicio de la práctica sanitaria, éste es otro gran beneficio de la telemedicina y teleducación. Todo ello redundando –y es quizás el principal aspecto– en una mejora en la calidad de la atención de pacientes. Esto se debe a una atención especializada, multidisciplinar y en equipo, venciendo barreras, y fortaleciendo el centro donde toma el primer contacto el paciente.

Finalmente podemos decir que existen ahorros económicos al evitar traslados innecesarios, al mejorar las terapéuticas instauradas con el soporte de especialistas a distancia. Por último, el paciente percibe que el sistema de salud está presente, es cercano a su comunidad y es de calidad. 