

Interconsultas virtuales: ¿un cambio de modelo?

Amando Martín Zurro, Ramón Ciurana Misol, Eva Comín Bertrán y Roser Marquet Palomer

Director y miembros del Comité de Redacción del Programa FMC

En los últimos años, la informatización de las historias clínicas ha potenciado el desarrollo de múltiples recursos de ayuda para el profesional. Historias clínicas compartidas, accesibilidad a resultados de otros niveles asistenciales y la receta electrónica, entre otros, son elementos de gran utilidad para una atención integral del paciente y, en muchas ocasiones, para su seguridad.

El acceso a la propia historia clínica electrónica también se ha puesto al alcance de los pacientes, y en algunos entornos incluso es posible realizar consultas por vía electrónica al médico de familia.

Las historias clínicas informatizadas permiten incluir también elementos de ayuda para el diagnóstico y tratamiento, compartir información con otros niveles... todo un mundo de posibilidades para mejorar. Pero ¿siempre para mejorar?

En las interconsultas virtuales, un médico de atención primaria, en lugar de derivar al paciente, realiza una consulta a un especialista de otro nivel asistencial y este accede a la historia clínica sin ver físicamente al paciente y responde la consulta al médico de familia. Este tipo de consultas tienen por objetivo mejorar la comunicación entre niveles asistenciales y ofrecer al médico de familia la posibilidad de consultar casos clínicos o resolver dudas sobre pacientes sin necesidad de derivarlos, si no es preciso.

Existen experiencias de asesoramiento *on-line* que, partiendo de protocolos de abordaje de pacientes compartidos, han logrado una reducción importante de derivaciones, una mejora de la coordinación entre niveles asistenciales y reducir la demora de visitas en el segundo nivel asistencial. Sin embargo, también es cierto que los resultados dependerán de la información proporcionada: la anamnesis y la exploración del paciente puede diferir según la formación, experiencia y medios del que la realiza.

Asistimos a la potenciación de las interconsultas virtuales pensando que es un avance para mejorar la atención del paciente, pero a veces nos encontramos con un posible cambio de paradigma. ¿Estamos potenciando las interconsultas virtuales para paliar listas de espera cada vez más largas? ¿Es-

tamos convirtiendo al médico de familia en el asistente del “especialista” del segundo nivel? ¿Estamos avanzando hacia un modelo en el que la atención “especializada” selecciona los pacientes que quiere asumir? Las visitas virtuales deberían ser un instrumento para mejorar la atención y, ciertamente, en algunos casos evitan derivaciones innecesarias, pero no deberían ser una herramienta para paliar las largas listas de espera de algunas especialidades.

No resulta infrecuente que la consulta *on-line* genere la recomendación de realizar más exploraciones complementarias, de seguir al paciente y de que se acompañe de indicaciones de retornar los resultados al segundo nivel, recayendo en el médico de familia la “burocracia” y la responsabilidad de gestionar el *feedback* de la información entre otros niveles y el paciente. En otras ocasiones, la respuesta implica el rechazo de la derivación del profesional o de la petición de seguimiento por parte del paciente: nódulos pulmonares, cardiopatías isquémicas estables, peticiones de atención psicológica... ¿pueden ser atendidos “virtualmente”?

¿Qué ventajas tiene para el paciente? La interconsulta virtual tiene como ventajas evitarle desplazamientos, acortar la espera para su valoración, asesorar a su médico de cabecera, pero al mismo tiempo implica una barrera para aquellos pacientes que desean y deben ser valorados presencialmente. La esencia de la valoración del paciente y posiblemente su satisfacción reside en gran medida en el contacto e interacción entre pacientes y profesionales. ¿Cómo explicarles a los pacientes que su petición de valoración por el especialista solicitado ha sido rechazada? Y la confidencialidad de los datos... ¿cómo queda? ¿Hay que pedir consentimiento del paciente para que un profesional a quien no ha visto nunca y que, además, es poco probable que le podamos informar siquiera de quien es, abra su historia clínica para estudiar sus datos?

La interconsulta virtual ¿es una situación idónea para el profesional que la recibe? Posiblemente, no. La valoración de los pacientes implica también dedicación de tiempo “no asistencial” y la toma de decisiones con información “cerrada”, sin posibilidad de profundizar en ella y sin poder obte-

ner una impresión clínica propia, asumiendo la responsabilidad de la toma de decisiones sin interactuar con el paciente. La consulta electrónica se debe considerar un acto profesional, con todas las consecuencias que ello implica, tanto desde el punto de vista económico como ético y jurídico¹.

Las interconsultas virtuales deben ser una herramienta de soporte para los médicos de atención primaria que deseen consultar dudas, pueden ser un medio de coordinación entre niveles asistenciales y evitar en algunos casos desplazamientos innecesarios, pero no deberían generar una atención de menor calidad o menos satisfactoria para el paciente, ni incrementar la burocratización de la atención primaria. Tampoco deberían ser un instrumento para paliar situaciones de precariedad de recursos y de largas listas de espera.

La decisión de institucionalizar las visitas virtuales como una rutina asistencial y, por lo tanto, la tendencia a instalar un nuevo modelo de interacción entre profesionales y pacientes y entre los propios profesionales ha sido una decisión administrativa de los gestores sanitarios con poca participación del colectivo de médicos de familia. El tiempo dedicado a la derivación, a la realización de las sugerencias o recomendaciones de los especialistas y a la información al paciente de la dinámica que seguirán las visitas sucesivas requiere un tiempo adicional no despreciable que muy frecuentemente no queda reflejado en las agendas de los profesionales. Cada día se hace más imprescindible reclamar una

provisión de tiempo para cualquier actividad “nueva”, sea esta presencial o virtual. Sin esta consideración, el deterioro de la calidad de la atención en atención primaria es un riesgo real para el corto y medio plazo en un momento donde hacer “equilibrios” para intentar cuadrar todas las actividades de los profesionales de la atención primaria resulta cada día más complejo.

Avanzar hacia un modelo a la medida de las personas, eficiente y satisfactorio para usuarios y profesionales requiere la complicidad y el compromiso de todos, pero con la premisa de que este modelo sea el resultado de la participación activa y de la opinión aportada por todos ellos.

Estamos de acuerdo con la posición de la Comisión de Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona: “Facilitar el uso de la consulta virtual para agilizar el proceso de asesoramiento entre médicos es, sin duda, una buena estrategia. Implantar la derivación virtual obligatoria, para que sea sólo el médico consultado quien decida si ha de visitar al paciente, es minusvalorar la capacidad del médico de atención primaria, socavar su autoridad frente al paciente, fomentar conflictos relacionales y diluir de forma ambigua las responsabilidades”.

Bibliografía

1. Comissió de Deontologia del CoMB. Nota de la Comissió de Deontologia del CoMB sobre les dites derivacions virtuals a l'atenció especialitzada des dels equips d'atenció primària. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2017.