
GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA ATENCIÓN SANITARIA MEDIANTE MODALIDAD NO PRESENCIAL

RECOMENDACIONES GENERALES.

Índice

1. Introducción	Pág. 2
2. El valor del modelo de atención sanitaria no presencial mediante telemedicina. Marco normativo y regulación específica.	Pág. 4
3. Concepto	Pág.9
4. Objetivo y ámbito de actuación	Pág. 9
5. Prestación de servicios de atención no presencial	Pág. 10
a) Autorización de paciente	Pág. 12
b) Confidencialidad de datos e información	Pág. 12
6. Uso de la consulta telefónica y/o videoconferencia	Pág. 14
a) Recomendaciones para el uso de la consulta telefónica	Pág. 14
b) Recomendaciones para el uso de la videoconferencia	Pág. 15
7. Uso del correo electrónico como herramienta de apoyo. Recomendaciones para su uso	Pág. 17
8. Uso de la telemonitorización. Recomendaciones para su uso	Pág. 19
9. Bibliografía	Pág. 21

1.- Introducción:

La Organización Mundial de la Salud se refiere a la Telemedicina (TM) como el procedimiento que utiliza las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) para el suministro de servicios de atención sanitaria en los casos en que la distancia es un factor crítico.

La TM es la práctica de servicios de salud no presencial por parte de profesionales sanitarios, mediante la utilización de las TICs para el intercambio de información válida, tanto en el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la formación continuada de profesionales sanitarios, siempre que esté indicado o cuando las circunstancias no permitan la atención presencial.

Durante la gestión de la pandemia por la COVID-19, las TICs han demostrado ser de gran utilidad; han pasado de ser una modalidad poco extendida a ser la forma de interacción habitual con el/la usuario/a, evitando la concentración en las salas de espera, manteniendo la recomendada distancia social, y disminuyendo el riesgo de contagio.

La atención sanitaria no presencial es, actualmente, una forma complementaria de hacer y organizar la provisión de servicios sanitarios, una modalidad de atención que comporta grandes ventajas para pacientes, profesionales y para el propio sistema de salud, resultando fundamental su desarrollo e implantación.

En el artículo publicado en The Lancet, Paul Webster, analiza cómo se está expandiendo la telemedicina en el mundo a raíz de la pandemia. En España, desde que se decretó el estado de alarma, los centros sanitarios pusieron en marcha un sistema de consultas telefónicas para atender al mayor número de citas programadas, evitando que acudieran pacientes presencialmente, salvo en los casos que fuera imprescindible por su patología.

La implantación rápida de la telemedicina, como alternativa a la actividad presencial, supone un impacto en la atención a pacientes, en muchos casos no acompañada de información sobre la satisfacción percibida.

En la encuesta de opinión realizada por la Conselleria de Sanitat i Salut Publica a pacientes y asociaciones de pacientes sobre el uso del modelo de atención sanitaria mediante modalidad no presencial se obtienen resultados satisfactorios. Se destacan aspectos relevantes que debemos tener en cuenta en el desarrollo de esta guía. La/el paciente debe poder elegir qué tipo de atención necesita. Fomentar la TM no debe suponer, en ningún caso, la supresión de la atención sanitaria presencial. La opción más acertada, según esta encuesta, sería compatibilizar la atención presencial con la modalidad no presencial.

La utilización de herramientas digitales permite acercar a pacientes y usuarios con dificultades, tanto de movilidad como de distancia geográfica a los centros sanitarios, si bien el uso generalizado de estas herramientas afecta a la cercanía y el trato humano de la atención presencial.

Por último, no hay que olvidar que la modalidad no presencial precisa que se cumplan los principios de la ética médica, los requisitos técnicos, deontológicos y legales pertinentes: los equipos deben cumplir la normativa de producto sanitario; los datos deben ser tratados respetando las normas de protección de datos personales; y los/las profesionales debemos asegurarnos de que cada paciente está debidamente informado y acepta de forma expresa, el uso de estas tecnologías.

2.- El valor del modelo de atención sanitaria mediante modalidad no presencial.

Actualmente, la implantación de la consulta virtual es una realidad en todas las fases del proceso asistencial, adecuándola a las necesidades de pacientes y a la tipología de la atención sanitaria. Así, por ejemplo, hemos visto su desarrollo en:

- *Atención de Prevención*, en consultas para recomendaciones y promoción de la salud.
- *En Atención Primaria*, con el desarrollo de consulta no presencial de orientación diagnóstica, indicación de exploraciones complementarias, interconsultas, seguimiento activo de pacientes crónicos (incluido prolongación de tratamientos), gestión de citas a través de APP, gestión de IT etc.
- *En Atención Hospitalaria*, en consultas no presenciales de orientación diagnóstica, prescripción de exploraciones complementarias, prolongación de tratamientos crónicos, seguimiento clínico, entrega de resultados, interconsulta, etc.
- *En Atención Sociosanitaria*, en consultas no presenciales coordinadas de atención primaria, hospitalaria y residencias, así como conciliación de medicación con el servicio de farmacia.
- *En Telefarmacia*, mediante la asistencia farmacéutica a distancia con uso de información y comunicación en pacientes de Unidades de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos (UFPE).

Las/los profesionales sanitarios deben ejercer su autonomía profesional sobre el uso apropiado de la atención sanitaria mediante modalidad no presencial para cada paciente y no deben comprometer su obligación ética de ofrecer una atención clínica adecuada en aras de la adopción de las nuevas tecnologías. Igualmente han de tener en cuenta la accesibilidad a las nuevas tecnologías en cada paciente, decidiendo la modalidad no presencial adecuada en cada caso.

La asistencia mediante modalidad no presencial debe cumplir con los mismos estándares que la práctica clínica presencial, y atenerse a un abordaje integral, diferenciando situaciones concretas de individualización de pacientes y determinación de enfermedades, **ya que no todos los procesos clínicos precisan de modalidad no presencial. La modalidad no presencial no sustituye a una atención sanitaria presencial, si ésta es necesaria.**

El desarrollo de la TM conlleva, como requisito, unos equipos informáticos adecuados, una formación adecuada de los profesionales de los equipos de trabajo y las técnicas utilizadas. Este aspecto debe ser considerado como elemento clave tanto para profesionales sanitarios como para pacientes.

Otro factor relevante en el desarrollo de la modalidad no presencial es la correcta transmisión de información clínica. De ahí que debemos destacar 3 aspectos básicos:

1. Ha de ser fácil de usar. Si su aplicación es compleja, produce problemas y se abandona el uso.
2. Ha de incorporarse de forma paulatina y selectiva. No siempre se precisa y no en todos los ámbitos asistenciales ni en todos los/las pacientes.
3. Ha de favorecer el trabajo de gestión clínica.
4. Ha de garantizar la seguridad, confidencialidad y protección de los datos, tanto de usuarios como de profesionales sanitarios.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, resulta imprescindible establecer una regulación con indicaciones clínicas precisas, que cumplan los principios éticos y legales para su implantación.

Marco normativo y regulación específica sobre la TM.

1. Marco normativo de la Unión Europea (UE):

- Directiva 2011/24/UE relativa a los derechos de pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.
- Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
<https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>
- Directiva 2000/31/CE Relativa al comercio electrónico, define las normas que regulan la prestación de servicios de la sociedad de la información, tanto en el interior de los Estados miembros como entre éstos.
- Directiva 98/48/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de julio de 1998 que modifica la Directiva 98/34/CE por la que se establece un procedimiento de información en materia de las normas y reglamentaciones técnicas que afecten a los productos y servicios de la sociedad de la información.
- Declaración de la Asociación Mundial de Medicina sobre ética de la telemedicina (Adoptada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, octubre 2007 y enmendada por la 69ª Asamblea General, Reikiavik, Islandia, octubre 2018).

2. TM en países de la UE.

- En Francia la telemedicina está integrada en el itinerario del/ de la paciente y, las condiciones esenciales para su ejecución son el consentimiento libre e informado y la autenticación de profesionales y pacientes. Existen ciertas excepciones entre los sujetos que pueden acceder a la telemedicina, como los menores de 16 años o las situaciones de emergencia
- En Suecia existen cuatro principios que deben cumplirse para que un servicio de salud digital sea apropiado: no se requiere una visita física previa excepto que el/la profesional sanitario/a lo considere necesario; el servicio digital se adapta a las necesidades de cada paciente y a las condiciones de uso del servicio; el proveedor tiene acceso al historial clínico del paciente; es posible realizar seguimiento y coordinación con otros actores.

- En Alemania los/las sanitarios/as pueden proporcionar tratamiento exclusivo por vía teledigital y el/la usuario/a puede acceder a su perfil clínico digital al que tendrán también acceso los/las facultativos/as involucrados en el teleservicio sanitario, permitiendo la colaboración y coordinación entre profesionales de la salud.

En cuanto al **marco legal aplicable a la telemedicina del Estado Español**, actualmente no existe un texto normativo específico donde se regule la telemedicina como tal, si bien encontramos algunas referencias legales relacionadas, tales como:

- *Constitución Española, artículo 43 relativo a la protección a la salud.*
- *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*
- *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la normativa autonómica de desarrollo de esta.*
- *Ley 34/2002, de 11 de julio de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.*
- *Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias*
- *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*
- *Ley 45/2007, de 13 de diciembre, de desarrollo sostenible del medio rural, en particular, su artículo 30 relativo a la sanidad.*
- *Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre sobre receta médica y orden de dispensación.*
- *Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.*
- *Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la CV.*
- *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*

Aspectos para tener en cuenta en la regulación de la telemedicina en España

Debido a la inexistencia de una legislación específica en España que haga referencia a la práctica de la telemedicina, debe considerarse la normativa reguladora de sanidad, y la reguladora de la autonomía del/la paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como a las normas deontológicas y principios de ética sanitaria que resulten de aplicación.

Asimismo, como la telemedicina es un servicio prestado a distancia por medios de comunicación electrónica, también es importante tomar en consideración la legislación relativa al comercio electrónico y la protección de datos de carácter personal.

3.- Concepto

Definimos el **MODELO DE ATENCIÓN SANITARIA NO PRESENCIAL** como la prestación de servicios sanitarios empleando tecnologías de la información y de la telecomunicación, mediante el procesamiento de la información por medios eléctricos, electromagnéticos, electromecánicos, electroópticos o electrónicos, implicando en todo momento una transmisión segura de datos e información médica.

La información puede ser transmitida tanto por vía oral como escrita, así como por imágenes, sonidos u otro tipo de datos. La comunicación puede ser síncrona (videoconferencia interactiva, llamada telefónica) o asíncrona (e-mail).

4.- Objeto y ámbito de aplicación.

- *Objeto:*

Incorporar herramientas de comunicación e información a profesionales y pacientes que mejoren la calidad de la atención y coordinación, ofreciendo una prestación segura y efectiva respetando consideraciones legales, éticas, deontológicas y técnicas, y logrando una mayor independencia y control de la salud de pacientes y cuidadores.

- *Ámbito de actuación:*

La presente estrategia de trabajo es pertinente y aplicable en todos aquellos casos en los que profesionales sanitarios, empleen para la prestación de sus servicios, alguna de las tecnologías referidas en la definición, independientemente del ámbito específico de actuación (clínico-sanitario, organizativo, de coordinación con recursos, intervención social, etc.), e independientemente de si su uso es continuo o esporádico a lo largo del servicio, parcial o total.

5.- Principios de la prestación de servicios de atención no presencial

El modelo de atención sanitaria no presencial ha de hacerse bajo las siguientes premisas:

1. La utilización de este modelo se justifica siempre, en **beneficio del/de la paciente**, buscando lograr mayor eficiencia y uso racional de recursos sanitarios.
2. Es una modalidad de atención **complementaria**, que no reemplaza el acto asistencial presencial. El modelo no se plantea “en lugar de” la consulta presencial, sino como un modelo complementario a la consulta presencial, cuya finalidad es mejorar y facilitar el acceso al tratamiento de pacientes, sobre todo para aquellos que, por razones de enfermedad, distancia geográfica, incompatibilidad horaria de trabajo o académica, no pueden acudir a la consulta con la frecuencia necesaria para el seguimiento de su patología o cualquier otra razón.
3. Los centros, unidades que implanten la atención no presencial han de **elaborar protocolos** que definan los criterios de inclusión de pacientes y patologías, conjugando la estandarización con la asistencia sanitaria personalizada.
4. La relación profesional sanitario-paciente debe estar basada en un conocimiento profundo del/de la paciente y de su historial y ha de basarse en la confianza y respeto mutuo . Es esencial que profesional sanitario/paciente puedan identificarse de forma inequívoca cuando se utiliza este modelo de atención no presencial.
5. Cada paciente es titular del derecho a la información. Si bien, podrán recibir la información las personas vinculadas a dicho paciente por razones familiares o de hecho, en la medida en que dicho paciente lo permita de manera expresa o tácita, conforme la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la CV.
6. Se debe asegurar la adopción de normas de seguridad para garantizar la **confidencialidad de pacientes** tanto en los datos relativos a identificación e información que le concierne, como el contenido de la información que se transmite, debiéndose referir al problema sanitario concreto de que se trate.¹
7. Todas las prescripciones, tanto de inicio como de renovación deben ser consecuencia de una revisión de la HCE del paciente, en base a la anamnesis y exploraciones complementarias recientes y con un ajuste de dosis según parámetros clínicos y analíticos.

¹ . Sánchez-Caro et al. 2002

8. Todos los/las profesionales que intervengan en actividades no presenciales han de realizar formación previa que les capacite en las herramientas y sistemas puestos a su disposición.
9. La atención no presencial debe seguir las normas de práctica basada en evidencia para asegurar la seguridad del paciente, la calidad de la atención, y los resultados en salud. Al igual que en la modalidad presencial, ha de probarse la eficacia, seguridad, viabilidad y eficiencia de la modalidad no presencial.
10. La atención sanitaria en la modalidad no presencial debe cumplir los mismos principios éticos y profesionales que la práctica presencial.
11. Antes de comprometerse al uso de esta modalidad de atención, los/las profesionales deben valorar si esta modalidad es **adecuada, eficaz y segura de manera individual**, realizando una **evaluación previa** que incluya los riesgos y beneficios en función de las necesidades de cada paciente y su entorno. **En esta evaluación inicial se tendrá en cuenta el conocimiento y competencia del/de la paciente en el uso de tecnologías específicas y se dejará constancia en la historia clínica.**
12. Cada profesional debe valorar y evaluar **cuidadosamente el entorno** en el que se proporcionarán los servicios telemáticos. En la evaluación se incluirán aspectos relacionados con la disponibilidad de equipo técnico personal, el riesgo de distracciones, la posibilidad de violación de la intimidad o cualquier otro impedimento que pueda influir en una prestación efectiva de los servicios telemáticos.
13. Se **informará al/a la paciente** de la importancia de garantizar que las consultas telemáticas no sean interrumpidas y que el entorno sea propicio para la atención no presencial.

a) Autorización de pacientes .

Para la realización de la atención en modalidad no presencial, se debe obtener, previamente, una **autorización verbal del/de la paciente o persona legalmente autorizada**.

Todo profesional que participe en la asistencia sanitaria no presencial informará y consensuará con su paciente o persona legalmente autorizada, qué datos y qué información se va a utilizar en este medio, cómo será almacenada, cómo se realizará el acceso a ésta, qué nivel de seguridad tiene la información comunicada, y cualquier otro aspecto relacionado con la seguridad y confidencialidad de sus datos clínicos.

Esta información **se facilitará con un lenguaje comprensible** para el/la paciente o persona legalmente autorizada.

La autorización de pacientes o persona legalmente autorizada a recibir una atención no presencial **quedará reflejada en su historia clínica**.

b) Confidencialidad de los Datos y la Información.

El equipo profesional que realice consultas telemáticas tomará todas las medidas necesarias para proteger y mantener la confidencialidad de los datos y de toda la información concerniente a sus pacientes y les informarán de los riesgos potenciales derivados del uso de tecnologías de telecomunicación.

Los/las profesionales implicados en la atención telemática están obligados a utilizar las herramientas apropiadas y disponibles para reducir los riesgos relacionados con la privacidad y la confidencialidad. Los/las profesionales que utilicen la atención telemática tendrán asesoramiento adecuado por los servicios de informática del departamento/centro o de la Consellería cuando necesiten información adicional para asegurar el control en el acceso a los datos y la información del/de la paciente.

A la hora de documentar las medidas de seguridad tomadas para proteger los datos y la información de pacientes, se ha de especificar qué tipos de mensajería en línea, que sean seguras, se utilizan y si los servicios telemáticos utilizados son el método principal de contacto o refuerzan un contacto presencial.

A la hora de gestionar archivos de correo electrónico, mensajería online y otro tipo de tecnologías de telecomunicación, el/la profesional puede elegir qué información, por su relevancia, debe ser guardada en la historia clínica, a excepción de la consulta telefónica que ha de registrarse íntegramente como la presencial, haciendo constar que se ha realizado por esta vía.

Profesionales y pacientes deberán acordar sobre cualquier intención de grabar los servicios y la manera de asegurar la privacidad y el almacenamiento de estas grabaciones. Las grabaciones deberán ser encriptadas para una mayor seguridad. El acceso a las grabaciones sólo se debe permitir a usuarios autorizados y se deberá evitar su transferencia y/o intercambio de forma accidental o no autorizada.

La realización de grabaciones sin la autorización pertinente podrá ser legalmente penalizada.

6.- Uso de la consulta telefónica y/o por videoconferencia

Al comienzo de una consulta no presencial con pacientes por medio telemático, telefónico o videoconferencia, **se verificará la identidad de pacientes (SIP y DNI) y de profesionales (credenciales).**

a) Recomendaciones para el uso de CONSULTA TELEFÓNICA

1. La consulta telefónica se realizará como **consulta programada**, o a demanda del/de la paciente con un proceso de citación específico en las agendas. Una consulta telefónica es igual de importante que una consulta presencial, por lo que debemos dedicarle el espacio, el tiempo y la concentración necesarios. Se recomienda repartirlas a lo largo de la jornada, alternadas con consultas presenciales.
2. Se recomienda el uso de lista de verificación, previas al contacto telefónico, que contenga la información que necesitemos obtener de pacientes y/o de su cuidador/a.
3. **Al inicio de la consulta telefónica, cada profesional se identificará, diciendo su nombre, categoría profesional y centro de trabajo.** Se recomienda hablar más lento que en la consulta presencial, permitiendo al/a la paciente realizar preguntas.
4. Tras la identificación del/de la profesional, se verificará la identidad del/de la paciente, con dos identificadores válidos (nombre y apellidos, SIP, DNI, fecha de nacimiento).
5. Se registrará todo lo hablado en la historia del/de la paciente (hoja de evolución), también la anamnesis, etc., de la misma forma que en una consulta presencial. Será imprescindible registrar que se trata de una consulta telefónica.
6. Se valorará en todo momento la necesidad de una visita presencial. El/la profesional sanitario podrá tener la posibilidad de dar una cita presencial, cuando considere que es en beneficio del paciente.
7. No se dejará nunca mensaje en los contestadores.
8. Las personas autorizadas por el/la paciente, de forma expresa o tácita, pueden participar en la consulta. En estos casos se actuará con discreción y prudencia, respetando la confidencialidad de datos.

b) Recomendaciones para el uso de CONSULTA POR VIDEOCONFERENCIA.

1. Los/las profesionales que vayan a utilizar la videoconferencia deben evaluar en cada paciente, de forma individual, la idoneidad, beneficio y la conveniencia de utilizar esta modalidad de consulta.
2. Se debe asegurar la privacidad con el objeto de que la actuación clínica no pueda ser vista ni escuchada por otras personas fuera del lugar donde se esté proporcionando la atención. Si otras personas se encuentran en la habitación de paciente o profesional, ambos serán conscientes de este hecho y estarán de acuerdo.
3. La videoconferencia debe realizarse en un entorno privado, sin ruidos ni distracciones.
4. Es necesario utilizar aplicaciones de videoconferencia que hayan sido previamente examinadas y recomendadas por el servicio informático y/o de protección de datos del Departamento y de la Consellería, que cuenten con los parámetros de verificación, confidencialidad y seguridad correspondientes y necesarios para ser utilizados con este fin. No se deben utilizar programas de videoconferencia que incluyan funciones propias de redes sociales.
5. Se recomienda usar cámaras y sistemas de audio de alto nivel para su uso en ordenadores personales. Los ordenadores deberán tener un software de antivirus actualizado y un firewall instalado.
El servicio de informática del departamento/centro o el servicio de protección de datos, nos indicarán el paquete de software de videoconferencia para ordenadores fijos seguros y con calidad profesional.
6. Los dispositivos móviles, deben ser corporativos (no utilizar los personales), y requerirán una contraseña o equivalente antes de poder utilizar el dispositivo. No se debe permitir que personas no autorizadas, tengan acceso a información confidencial almacenada en el dispositivo (como direcciones de correo o números de teléfonos de pacientes, últimos llamadas etc.), o que utilicen el dispositivo para acceder a aplicaciones o recursos en red confidenciales.
7. La información sanitaria protegida y otros datos confidenciales han de almacenarse en la historia clínica, no se han de dejar almacenados datos en los dispositivos móviles o utilizar los servicios de la nube para anotaciones o registros de datos personales de pacientes.
8. Todas las interacciones con pacientes (escrita, audiovisual o verbal) estarán documentadas en la historia clínica (hoja de evolución) de cada paciente.

7.- Uso de correo electrónico como herramienta de apoyo.

El uso del correo electrónico, como medio de comunicación, ha cambiado la forma en que las personas se relacionan y comparten información. Estos cambios, también han llegado al entorno sanitario, facilitando un nuevo medio de comunicación de pacientes, de profesionales entre sí y de manera más amplia, entre todos los que intervienen en el sistema sanitario.

Tal y como se especifica en las Directrices del Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME), el correo electrónico es una forma de atención en modalidad no presencial .

Recomendaciones para el uso del correo electrónico:

1. Se utilizará el correo corporativo “gva” para garantizar las actualizaciones y protección antivirus. Es recomendable confirmar la recepción y la apertura del mensaje. Se ha de utilizar la herramienta de confirmación de lectura para el envío de estos mensajes.
2. La **correspondencia a través del correo electrónico** forma parte del historial médico del/de la paciente y debe seguir las mismas recomendaciones de confidencialidad que las de la historia clínica.
3. El correo electrónico no es un medio de comunicación adecuado para cualquier situación. No ha de utilizarse en situación de urgencia clínica.
4. El envío de información sensible de pacientes a facultativos solo se podrá realizar a *cuentas de correo corporativas personales* evitando el uso de cuentas genéricas para este fin.

Nota interna de la Subdirección General de Sistemas de Información para la Salud/ Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, 3/08/2020. La Dirección General de Planificación, Eficiencia Tecnológica y Atención al paciente de la Conselleria está trabajando en alternativas reales que permitan el intercambio de información de forma segura:

Para el intercambio de información entre personal de la Conselleria en general y para el envío de información de personal sanitario a pacientes, la Conselleria pone a disposición de todo el personal la plataforma Transit (<https://transit.san.gva.es>), que proporciona un entorno seguro tipo Cloud. Para su uso, basta con conectarse a la URL indicada y presentarse con las credenciales de identidad del dominio CS (el mismo nombre de usuario y contraseña que usamos para entrar en el ordenador del puesto de trabajo) (1).

8.- Uso de la telemonitorización.

La telemonitorización hace referencia a la vigilancia remota de parámetros fisiológicos y biométricos de pacientes, con el objetivo de mejorar la atención sanitaria y los resultados en salud.

En la actualidad podemos encontrar diferentes dispositivos que ofrecen medidas de constantes vitales como tensión arterial, glucosa, temperatura o saturación de oxígeno. La monitorización continua de glucosa para pacientes con diabetes o la monitorización de pacientes con diferentes grados de insuficiencia respiratoria, y la monitorización de implantes cardíacos, son las prácticas que más experiencia acumulan en el ámbito de la telemonitorización. La mayor parte de estos dispositivos almacenan la información en servidores, pudiendo ser consultados por profesionales sanitarios, siempre que el/la paciente otorgue su autorización previa.

La telemonitorización adquiere un papel relevante en la atención domiciliar de pacientes crónicos, utilizando medios tecnológicos para el cuidado y seguimiento de estos/estas pacientes.

En los próximos años se espera un auge en el uso de estos dispositivos, que unidos al “internet de las cosas” puede generar un nuevo enfoque en el tratamiento y cuidado de los pacientes.

Recomendaciones para el uso de la telemonitorización.

- 1. Es imprescindible la autorización verbal previa y expresa del/de la paciente.** El uso de estos dispositivos tiene que ser resultado de un proceso de decisiones compartidas en el marco de la relación profesional sanitario-paciente. Cada paciente debe entender lo que supone la monitorización, su objetivo, la seguridad y uso de los datos, así como la confidencialidad de los datos clínicos. La información y formación de telemonitorización debe ser realizada por profesionales sanitarios de forma comprensible y adaptada a cada persona.
- 2. Elección del dispositivo y sistema.** Es importante verificar que el dispositivo cumpla toda la legislación vigente, especialmente en el caso de ser calificado como dispositivo médico.

Resulta necesario vigilar el cumplimiento de los requisitos técnicos y legales de cada producto sanitario en relación con los objetivos de la telemonitorización con cada paciente de forma individualizada. La elección del dispositivo -en el caso de existir diferentes modelos- debe ser una decisión compartida entre profesional sanitario (cumpliendo los principios deontológicos) y paciente.

3.- Custodia y uso de los datos obtenidos. Cada paciente, como propietario de los datos, debe poder elegir el destino y uso de los datos de manera expresa y conforme la legislación vigente. Se debe fomentar el uso y custodia de los datos obtenidos en la telemonitorización en la historia clínica, lo que permitiría disponer de la información relevante accesible desde cualquier lugar, no solo por los responsables de seguimiento del dispositivo, sino también por especialistas que requieran determinada información para mejorar la atención de determinados pacientes.

4.-Homogeneización de procesos de seguimiento de dispositivos. Se recomienda estandarizar el volcado de datos en formatos accesibles tanto para pacientes como para profesionales sanitarios, así como unificar el contenido de los documentos obtenidos de la telemonitorización con el fin de mejorar la atención a pacientes y sistematizar el trabajo de profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spielberg A. On call and online: sociohistorical, legal and ethical implications of e-mail for the patient-physician relationship. JAMA. 1998; 280:1353-59.
2. Kane B, Sands DZ. Guidelines for the Clinical Use of Electronic mail with patients. JAMIA. 1998;5:104-11
3. Sands DZ. MD, M.P.H. Leading the way to health information exchange in the electronic world. Massachusetts Health Data Consortium, 1999.
4. Spielberg AR. Online without a net: physician-patient communication by electronic mail. Am J Law Med. 1999;25:267-95.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo: Plan de Telemedicina del INSALUD, Madrid 2000. Capítulo I: Conceptos de Telemedicina.
6. Sánchez-Caro J., Abellán F. Monografía: Telemedicina y protección de datos sanitarios, aspectos legales y éticos. Ed. El Patal, Granada 2002. ISBN: 84-8444-481-3. Disponible en : <https://www.fundacionmercksalud.com/coleccion-de-biotica/vol-9-telemedicina-y-proteccion-de-datos-sanitarios-aspectos-legales-y-eticos/>
7. Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME). Telemedicina e Internet. Organización Médica Colegial. Europa al día. Mayo 2002 núm. 81. Directrices del Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME) para la correspondencia mediante correo electrónico en el tratamiento de los pacientes. Organización Médica Colegial. Europa al día, noviembre 2001, n.º 70. Directrices del Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME), sobre Telemedicina. Organización Médica Colegial.
8. Servei de Responsabilitat Professional. Col·legi Oficial de Médicos de Barcelona (COMB). Les noves tecnologies en la medicina. El correu electrònic. Professiò núm.18.Febrer-abril 2003.Barcelona.
9. Baker L, Wagner T H, Singer S, Bundorf MK. Use of the Internet an e-mail for health care information. Results from a National Survey. JAMA. 2003; 289:2400-6.
10. Car J, Sheikh A. Email consultations in health care: 2-acceptability and safe application. BMJ. 2004;329:439-42.
11. Jadad AR, Delamothe T. What next for electronic communication and health care? BMJ. 2004;328:1143-1144.
12. Monteagudo, J.L., Serrano, L. y Hernández, C.: Telemedicine science o fiction? Anales Sis San Navarra . 2005, 28, (3): 309-323.
13. Guía de diseño, evaluación e implantación de servicios de salud basados en telemedicina. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS Num. 2006/27 INFORMES.
14. Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia Telemedicine, also a tool for the Family Doctor. 2012.Jose Antonio Prados Castillejo _www.elsevier.es/ap
15. Teleasistencia y telemonitorización por Atención Primaria de pacientes crónicos: <https://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/BAREA-11-2013-Accessit4.14.pdf>
16. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la CV.
17. Telemonitorización en pacientes con patologías crónicas en Atención Primaria. Programa ValCrònic: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1481-2016.pdf>
18. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)
19. Proyecto Mapex: Mapa estratégico de Atención Farmacéutica al paciente externo. 2017
20. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).
Disponible en: https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=055_Proteccion_de_Datos_de_Caracter_Personal
21. García Granja N, García Ramón E, Hidalgo Benito A, Hernández Carrasco M, de la Fuente Ballesteros SL, García Álvarez I. Implantación de una consulta telefónica a demanda en atención primaria. Med Gen Fam. 2018;7(2):51-4.

22. Declaración de la AMM sobre la ética de la Telemedicina. Adoptada por la 58ª Asamblea General de la AMM, Copenhague, Dinamarca, octubre 2007 y enmendada por la 69ª Asamblea General de la AMM, Reikiavik, Islandia, octubre 2018.
23. García-Mendoza VA, Picazo-Cantos J, Ballesteros-Merino M, Pérez-Griñán L, Moro-Lago I, Martínez-Ruiz M, et al. ¿Para qué llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam. 2020;13(1):7-14.
24. Mehrotra Ateev, Ray Kristin, Brockmeyer Diane M, Barnett Michael L, Bender Jessica Anne. Rapidly Converting to “Virtual Practices”: Outpatient Care in the Era of Covid-19. [Internet]. Catal Non-Issue Content;1(2).
Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0091>
25. Muñoz Seco Elena. Las consultas por teléfono han llegado para quedarse. AMF Vol. 16, (7) (nº extraordinario marzo-junio 2020).
Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2656
26. Webster P, 2020. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930818-7>.
27. M.A. Mayer Pujadas y A. Leis Machín. El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales.
28. Vidal-Alaball, J, Camps-Vila L, Directrices para una buena y segura atención telefónica en época de COVID-19. 2021 Apr.53(4): 101965
29. Monitorización Domiciliaria en Estimulación Cardíaca:
<https://secardiologia.es/images/secciones/estimulacion/monitorizacion-domiciliaria-dispositivos-estimulacion-cardiaca.pdf>
30. Medicina de familia SEMERGEN: Consulta no presencial en tiempos de coronavirus: información para médicos de Atención Primaria. H. Eguía, F. Vinciarelli, R.L. Villoslada Muñiz y F.J. Sanz García. www.elsevier.es/semergen
31. Revista Clínica Española. Telemedicina aplicada a COVID-19 www.elsevier.es/rce