



Oportunidades de la Telesalud en los primeros tiempos de la pandemia COVID-19: Lo que pasó, no pasó, debería haber pasado y debe pasar en un futuro próximo?

Informe de otoño del GT3D del SITT

El Grupo de Trabajo GT3D de la sociedad SITT es un grupo multidisciplinario de académicos, profesionales, clínicos, profesionales de las tecnologías de la información (TI) y pacientes interesados en la Telesalud y la transformación digital en la Península Ibérica. El grupo se formó en julio de 2020 y está dirigido actualmente por el profesor Henrique Martins. Desarrolla su actividad en diferentes aspectos de la promoción, la defensa y la educación en materia de Telesalud.

Informe

Este informe de otoño trata de captar las reflexiones de los grupos sobre controversias y temas contemporáneos, no es un informe a fondo impulsado por los datos, pero sus opiniones reflejan la experiencia diaria de los participantes y el acceso a los datos en sus instituciones, así como su comprensión y su visión crítica de las cuestiones de la Telesalud. Los números y las cifras no pretenden ser plenamente representativos de los indicadores, ya que éstos, a juicio de los miembros del grupo, deberían hacerse públicos, pero las entidades públicas y privadas sobre sus prácticas habituales de Telesalud en aras de la transparencia y la ciudadanía.

Cómo citar este informe: SITT GT3D (2020) "Informe de otoño del grupo GT3D de SITT: Oportunidades de Telesalud en los primeros tiempos de la pandemia COVID-19", disponible en: <https://www.sittiberica.org/>

Miembros activos: 1. Amorim, Paula; 2. Brito, Dulce; 3. Castelo-Branco, Miguel; 4. Fàbrega, Carles; 5. Gomes-da-Costa, Fernando; 6. Pessoa-Costa, Tomas; 7. Ferreira, Afonso; 8. Gonçalves, Lino; 9. Gonçalves, Luís; 10. Martins, Henrique; 11. Martin, Verónica; 12. Milner, James; 13. Nêveda, Rui; 14. Pardo, Rafael; 15. Ribeiro, Carlos; 16. Salvador, Àngels; 17. Silva, João.

Afiliación por orden alfabético¹: Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Beira Interior. Portugal; 2. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE, CCUL, Escuela de Medicina, Universidade de Lisboa, Portugal; 3. Presidente de la Facultad de Ciencias de la Salud. Portugal; 4. Presidente de SITT. Coordinador de Telemedicina en el HSJD de Barcelona. España; 5. Director de Servicio, consultor en TIC para la salud en el Ministerio de Salud de Portugal; 6. Dermatólogo. Formador en el centro Lisbon Global Shapers. Portugal; 7. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE, Centro Cardiovascular de la Universidade de Lisbon (CCUL), Portugal; 8. Facultade de Medicina de Coimbra. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Portugal; 9. Presidente de honor de SITT. Portugal; 10. Profesor asociado de Gestión y Liderazgo de la Salud en la FCS-UBI y el ISCTE-IUL. Portugal; 11. Coordinadora regional de telemedicina. Extremadura Servicio de Salud. España; 12. Cardiólogo en el Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra. Portugal; 13. Unidad local de salud do Alto Minho-EPE. Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo. Portugal; 14. Consultor sénior de eHealth. Costaisa, Barcelona, España; 16. Miembro del grupo Digital Care de UVIC-UCC Barcelona. España; 17. Coordinador de Telemedicina Unit of ULSAM. Viana do Castelo. Portugal

Colaboradores que contribuyeran en este informe: Isabel Saraiva (RESPIRA)²; Lola Daimiel (FADEX)³

² Asociación de pacientes de RESPIRA - <http://www.respira.pt/>

³ Asociación de pacientes de FADEX - <http://www.fadex.org/>

Resumen

El objetivo del presente informe es contribuir a una mejor comprensión del valor de la Telemedicina en la atención de la salud, en particular su papel en la creación de oportunidades para la continuidad de la atención a los pacientes en un entorno complejo y novedoso, como fueron las circunstancias de los primeros tiempos de la pandemia COVID-19. El objetivo final es lanzar el debate y fomentar ideas útiles en todo lo que queda de la pandemia. Este artículo recoge las experiencias de médicos y otros profesionales de la salud en la Península Ibérica (España y Portugal), con el fin de dar una imagen más clara de lo que ha sucedido y de cómo se puede mejorar considerando las posibilidades que ofrece la Telemedicina.

Se adelanta un conjunto de recomendaciones:

1. Poner en marcha con urgencia estrategias y planes de aplicación organizados para la teleasistencia;
2. Involucrar a la asociación de pacientes en los esfuerzos de alfabetización e invertir fuertemente en concienciar a los ciudadanos, pacientes y familias sobre lo que es la Telemedicina "adecuada";
3. Terminar la mejora de la infraestructura del NHS urgentemente en las próximas 6 semanas;
4. El uso de soluciones de baja tecnología, debe ser siempre una segunda alternativa y no convertirse en la forma "principal" de ofrecer Telesalud;
5. No se aconseja la sustitución total de las citas físicas por las Telecitas, los modelos híbridos son más seguros y recomendables;
6. Las soluciones informáticas de atención domiciliaria y las ofertas comerciales son demasiado caras. Podrían crearse consorcios gubernamentales y no gubernamentales para ofrecer soluciones de atención domiciliaria de alta tecnología y bajo costo a determinados grupos de pacientes/familias de riesgo;
7. La Telemedicina debe ser desplegada por todos los niveles de atención de manera integrada;
8. Cuando se revisen las directrices para las enfermedades convencionales o los enfoques de los planes de atención, la Telesalud debería ser un componente integral.

Al mismo tiempo, debería ponerse en evidencia la idea de que los sistemas de salud pública necesitan ser repensados para proporcionar soluciones adecuadas a situaciones como la que estamos experimentando.

Palabras clave: Covid-19, Pandemia, Transferencia de Tecnología, Telemedicina, Telesalud, Salud Pública, Política.

Introducción

La pandemia del COVID-19 ha puesto la salud pública y la Telemedicina en primer plano. Con demasiada frecuencia han sido descuidados o minimizados por el interés económico y la inercia organizativa de la atención sanitaria, ya que la salud se ve solo desde una perspectiva empresarial y no como el derecho más fundamental del ciudadano. Esta difícil situación ha puesto de relieve una vez más la importancia de los sistemas de salud organizados y provistos bajo principios públicos, por las políticas de los Estados Sociales si se quiere asegurar la ciudadanía universal. Los ejemplos de los Estados Unidos (con un Estado social débil) o el Brasil (con un sistema nacional de salud (SUS) insuficientemente financiado) contrastan con los de países que, a pesar de sus dificultades, podrían contar con un Estado social fuerte y una prestación de atención sanitaria pública como España o los países nórdicos. La ciber salud, y en particular las soluciones de Telesalud, pueden ser instrumentos decisivos para acercar a los pacientes (sobre todo a los pacientes crónicos) a la atención que necesitan y que no puede interrumpirse. El mejor de esos ejemplos es la Telemonitorización y la atención a distancia de los pacientes crónicos ancianos y frágiles. Manteniéndolos en casa, se podrían evitar los viajes inútiles a entornos de atención potencialmente infectados. Esos hospitales y otros lugares se han vuelto ahora más hostiles que los campos de batalla amistosos para sus enfermedades en curso, que, aunque toda la retórica y el discurso de COVID-19, no disminuyeron ni mejoraron. Si COVID-19 ha tenido un número significativo de muertes en todas las sociedades humanas, la menor atención a los pacientes crónicos y la innecesaria atención cara a cara para todos podría haber representado una carga aún mayor que a menudo no llega a los boletines de noticias en horario de máxima audiencia. El uso de la tecnología (Telesalud) podría ser simultáneamente el puente y la barrera de la arriesgada atención sanitaria tradicional. Hemos tenido pocos meses para aprender colectivamente sobre su uso y potencial, ahora es el momento de reflexionar y apuntar a los días futuros. Los próximos meses, o incluso años, pueden requerir todavía esfuerzos significativos y cambios de paradigma si queremos ganar esta batalla contra COVID-19 sin perder en muchas otras batallas de la salud. En este documento se utiliza un concepto genérico de Telesalud, tanto como de alta tecnología (plataforma de vídeo/dedicada), como de baja tecnología (solo la práctica habitual del teléfono), porque ambos parecen haber sido clave/relevantes para la continuación de la prestación de cuidados en COVID-19 veces. Las actividades de valor añadido que utilizan la Telemonitorización y la teleasistencia han guiado igualmente nuestra opinión, ya que se consideró que eran cruciales para evitar el empeoramiento del estado de salud de muchos pacientes crónicos. La educación médica, y la de todos los demás profesionales de la salud, también vio importantes desafíos y oportunidades, ya que las consecuencias de la pandemia de COVID-19 en las instalaciones de salud

significaban desafíos radicales en las formas tradicionales, tal vez paradigmáticas, de educar a los estudiantes en pabellones y otros entornos de salud. El grupo debatió sobre la teleeducación y la forma de garantizar la mejor experiencia clínica en estos nuevos tiempos. El tema fue elegido para un informe posterior dedicado a este tema emergente de la Tele-Universidad en la encrucijada de la educación, la salud, la educación a distancia.

1. Lo que pasó y lo que no pasó durante el primer brote de la pandemia

1.1 Telesalud y atención primaria en la Península Ibérica

Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19 en Portugal (marzo de 2020), se ha adoptado una estrategia para hospitalizar únicamente a los infectados con síntomas graves, optando por un control domiciliario gestionado por la atención primaria de la salud, utilizando consultas telefónicas masivas en los casos en que no hay síntomas o los síntomas son solo leves¹. La idea, que parece haber funcionado, era reducir el número de personas que acuden a los hospitales, evitando la sobrecarga de los servicios y reduciendo también las posibilidades de infecciones hospitalarias. Así, más del 85% de los infectados por el COVID19 fueron controlados y tratados en su domicilio ² y continuaron sus contactos de casos sospechosos, lo que sin duda contribuyó a que los cuidados intensivos del hospital general nunca hubieran superado su capacidad.

Además, teniendo en cuenta la necesidad de reducir la posibilidad de propagación del virus, esto significaba restricciones significativas en las sesiones de citas en la atención primaria. Se dieron instrucciones a los usuarios (excepto en situaciones de emergencia) para que contactaran con los pacientes por teléfono, pero se dejó a los profesionales de la salud la decisión de si se debían realizar citas cara a cara y cuándo. Se daba prioridad a la solución de problemas mediante consultas telefónicas y el envío de recetas por vía electrónica (SMS o correo electrónico). Según nuestra experiencia, hubo una reducción de más del 75% en las consultas presenciales, y los procedimientos de Telesalud permitieron el seguimiento de la mayoría de los pacientes. Por lo tanto, la disminución total de las consultas, según la DGS (Dirección General de Salud), fue solo del 6,6% en

¹ COVID-19: : Mitigation Phase. Mental Health. N: 011/2020. 18/04/2020 <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/norma-e-circulares-normativas/norma-n-0112020-de-18042020-pdf.aspx>

² Majority of patients treated from home. DGS. Portugal. <https://covid19.min-sau.d e.pt/maioria-dos-doentes-tratados-a-partir-de-casa/>

comparación con el mismo período del año pasado³. En conclusión, no solo en el seguimiento de los pacientes con COVID-19 sino también en lo que respecta a los pacientes con otras enfermedades, el método de las Teleconsultas, aunque de forma muy básica (principalmente por teléfono), fue decisivo para evitar el colapso del sistema sanitario y permitió mantener un mínimo de control y apoyo a la población general que necesitaba atención médica y de enfermería.

Mientras tanto, en España, los proveedores de salud en la atención primaria estaban igualmente muy ocupados. La razón era que había muchos servicios de salud públicos y privados, incluso fuera del sector de la salud, que pedían servicios de consulta por vídeo de calidad médica.

La clave para los proveedores de atención médica era tener una herramienta de videoconsulta rápida, robusta y asequible. Uno de los solicitantes de esta herramienta fue el Instituto Catalán de la Salud (ICS). Solicitan una herramienta de video consultas integrada con las estaciones de trabajo clínicas, eCap (la herramienta utilizada en la atención primaria), que se puso en marcha a mediados de abril de 2020. Es importante señalar que los clínicos del ICS estaban utilizando otras herramientas de Teleconsulta, como la Teledermatología o incluso eConsulta, un sistema bidireccional de mensajería segura asíncrona B2C⁴.

Al mismo tiempo, el Departamento de Salud de Cataluña permitió el uso del eCap en los ordenadores personales de médicos y enfermeras, permitiendo la consulta por vídeo desde casa.

En este contexto, desde mediados de abril hasta mediados de julio, los médicos realizaron 11.000 videoconferencias. Sin embargo, las videoconsultas tuvieron una utilización menor de la prevista. Entre las principales razones cabe citar:

- 1) La falta de infraestructura en los centros de atención primaria, como cámara web, auriculares y micrófonos, y solo una fracción de los centros puede llevar a cabo una vídeo-consulta, un tema que se ha resuelto desde entonces;
- 2) Problemas de comunicación, tanto en el centro de atención primaria como al lado del paciente.
- 3) Los clínicos necesitan tener material de apoyo, como manuales de usuario o videos cortos, para sacar el máximo provecho de las herramientas de consulta.

³ Covid-19: Less than 6.6% of queries ourselves health centers and 5.7% in Hospitals 23-04-2020. https://www.saudemais.tv/noticia/1_5_993-covid-19-menos-6-6-de-consultas-nos-centros-de-saude-e-5-7-nos-hospitals

⁴ B2C significa *Business to Consumer* (i.e., *Doctor to Patient*) y B2B significa *Business to Business* (i.e., *Doctor to Doctor*).

¿Qué sucedió?

En España, el confinamiento de la población debido al estado de alarma de COVID-19 fue decretado el 15 de marzo y duró hasta el 10 de mayo. Los primeros casos confirmados de pacientes con COVID-19 fueron reportados en febrero de 2020. Desde esa fecha, los centros de salud de Extremadura pusieron en marcha planes de contingencia para contener la pandemia, que incluían la interrupción de las visitas no esenciales y la adecuación de los servicios clínicos para pacientes externos e internos, así como la apertura progresiva de las salas de cuarentena según las necesidades sanitarias. Se consideraron como actividades esenciales la actividad de Emergencias, COVID y no COVID, y la atención oncológica (consultas, cirugía, pruebas, etc.). Se cancelaron otros cuidados presenciales y, si era posible, se desarrollaron de forma no presencial.

Durante este período, el Servicio de Salud de Extremadura (SES) ha promovido la atención no presencial en todas las áreas de la atención sanitaria con el fin de minimizar la propagación del virus del SARS-CoV-2. El SES ha implementado algunas funcionalidades en los sistemas de información corporativos que habían sido previamente probados y que, debido a la pandemia, se han extendido a todos los servicios y niveles de atención:

- 1) Teleconsulta telefónica. Aunque las consultas telefónicas siempre han sido un instrumento de atención de la salud, durante la pandemia, el SES ha facilitado su programación y registro en el sistema de información como un tipo de consulta.
- 2) Consultas por video. Esta funcionalidad permite una consulta, programada por el médico, por videoconferencia al smartphone del paciente. El sistema de videoconferencia está integrado en la aplicación institucional "Centro de Salud en Línea". Esta funcionalidad había sido probada anteriormente en servicios como los cuidados paliativos y se ha extendido a todos los servicios y niveles de atención.
- 3) Consulta electrónica. El SES utiliza el término e-Consulta para definir un sistema de comunicación escrita bidireccional entre los médicos para la solicitud de la primera consulta con un médico especialista. Esta solicitud puede ser hecha por un médico de atención primaria, un médico de hogar de ancianos u otro especialista. La solicitud puede ser aceptada, convirtiéndose en una cita para una consulta presencial, o puede ser resuelta previamente gracias a la comunicación entre los médicos. Las pruebas piloto realizadas en el SES con diversos servicios han reducido las consultas presenciales en más de un 30%.

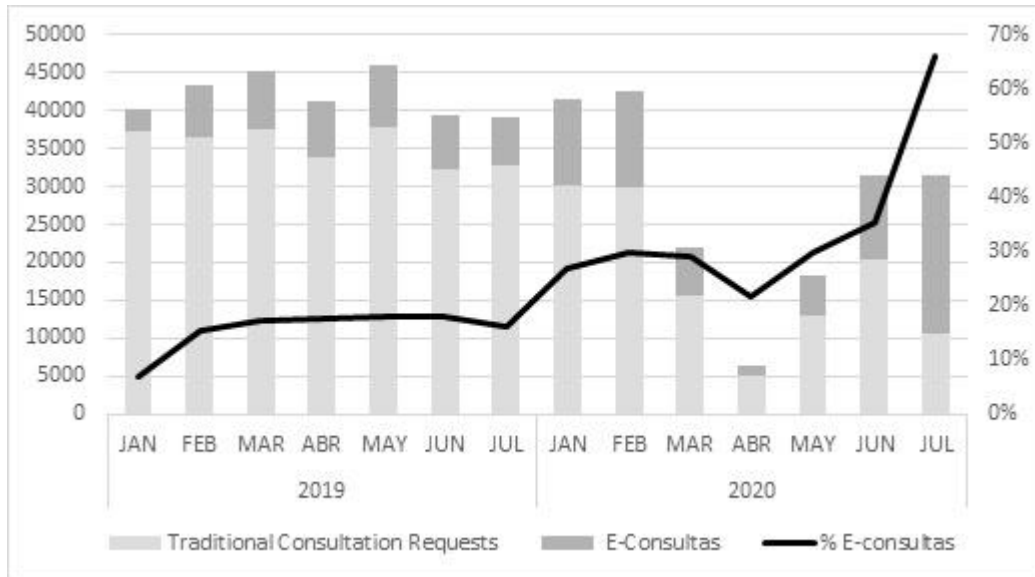


Figura 1. Estadísticas de Telesalud de Extremadura (SP)⁸. Leyenda: E-Consultas Enero 2019-jul 2020. (Octubre 2020)

- 4) e-Derma. Esta es una e-Consulta al servicio de Dermatología en la que se pueden adjuntar imágenes de una lesión dermatológica tomadas desde una cámara fotográfica SES.
- 5) e-Diálogo. Es un sistema de comunicación escrita bidireccional entre profesionales de la salud para tratar un caso. Facilita la continuidad de la atención a los pacientes gracias a la resolución de dudas de los profesionales implicados en el caso.
- 6) Prescripción no presencial. La renovación de los tratamientos de pacientes crónicos ha sido posible sin necesidad de una consulta cara a cara con el paciente.
- 7) Procedimientos administrativos no presenciales. Se ha permitido la renovación de los procedimientos administrativos para los pacientes (licencias por enfermedad, certificados, etc.) sin necesidad de una consulta cara a cara con el paciente.

En relación con el hardware, prácticamente todas las computadoras del SES tienen una cámara web y un sistema de audio; así como los sistemas de videoconferencia incluidos en Windows 10 (Equipos y Skype).

La disminución total de las consultas en el nivel de atención primaria fue del 9,13% en comparación con el mismo período del año anterior (enero a julio). Las consultas no presenciales han crecido un 5.000% entre enero y julio de 2020 en comparación con el mismo período en 2019.

Durante la pandemia, las consultas se realizaron cara a cara solo en casos especiales, delicados o esenciales y a petición del interesado. La mayoría se hicieron por contacto telefónico. La coordinación y la capacitación de los profesionales de la salud se ha llevado a cabo principalmente mediante sistemas de videoconferencia instalados en el equipo informático individual de los profesionales o en el equipo de Telemedicina. Por otra parte, se ha estudiado la utilización de instrumentos no institucionales para realizar consultas no presenciales que requieren imágenes.

¿Qué es lo que no ocurrió?

La implantación masiva de las funcionalidades de atención no presencial no comenzó al mismo tiempo que el confinamiento, como tomó varias semanas desde el estado de alarma para que los profesionales tuvieran las adecuadas herramientas mencionadas anteriormente.

Tras 7 meses de pandemia de COVID-19 se hace evidente que el número de consultas presenciales ha disminuido en comparación con los años anteriores y, a juzgar por las estrategias que se están esbozando actualmente, no muestran una tendencia a aumentar de manera significativa, al menos en la atención primaria - la disminución fue de alrededor de medio millón desde marzo. Por otra parte, se produjo un aumento significativo de la mortalidad media en 2020 en comparación con los años anteriores y es evidente que la gran mayoría de las muertes en exceso no se debieron a COVID-19 sino a otras patologías (Fig. 2 y 3).

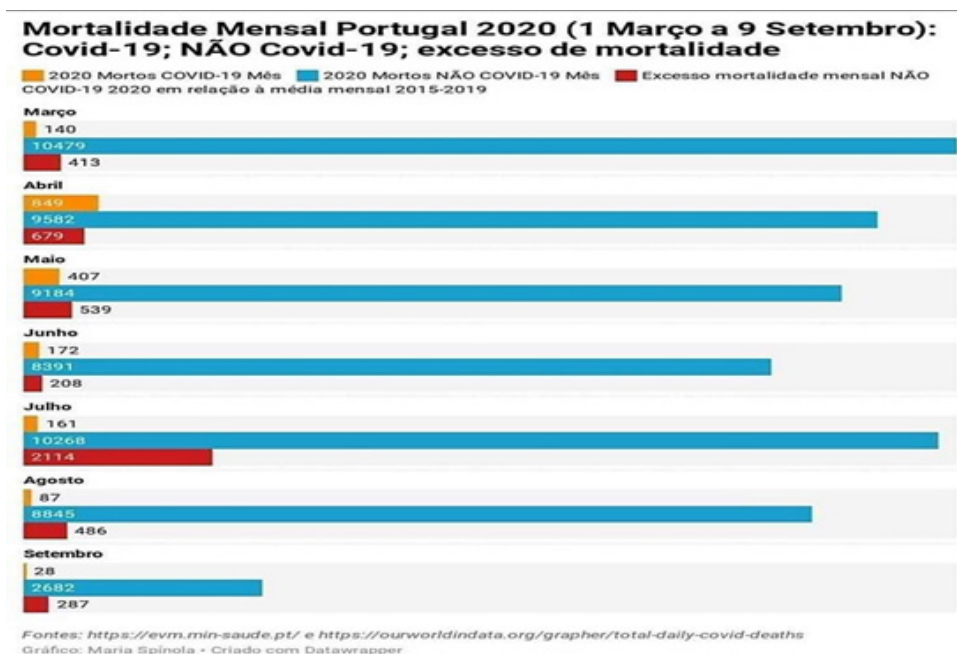


Figura 2. Causas de mortalidad en Portugal 2020 (1 de marzo a 9 de septiembre).

Fuente: <https://ourworldindata.org/covid-deaths?country=~PRT>

Weekly confirmed COVID-19 deaths

Weekly confirmed deaths refer to the cumulative number of confirmed deaths over the previous week.



Source: European CDC – Situation Update Worldwide – Last updated 16 October, 11:05 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus • CC BY

Figura 3. Mortalidad en España y Portugal 2020 (1 de marzo al 16 de septiembre) Fuente:

<https://ourworldindata.org/covid-deaths?country=~PRT> (17 de octubre de 2020)

Las explicaciones de lo que ocurrió podrían ser diversas:

- 1) En las instituciones de salud, la falta de control inicial y el pánico ante una enfermedad desconocida y una evolución imprevisible condujeron a una comprensible limitación inicial del acceso de los pacientes a la atención de la salud a fin de eliminar la concentración de personas infectadas y la posibilidad de una mayor difusión, así como el contagio de los profesionales. Los proveedores de atención de la salud, siguiendo una orientación de nivel superior, centraron casi todos sus esfuerzos en el combate contra el COVID-19. Eligiendo, o viéndose obligados a posponer (como parece ahora, mucho más de lo aconsejable), la mayoría de las demás situaciones clínicas, terapéuticas o de diagnóstico. Cabe mencionar las presiones mediáticas, políticas y económicas como factores determinantes de esas decisiones, que a menudo se superponían a la lógica y las buenas prácticas de la ciencia médica que deberían haber prevalecido.
- 2) Por otra parte, los pacientes, que suelen ser muy sensibles a las presiones de los medios de comunicación y las redes sociales, tenían miedo de ir a las instituciones de salud. Alrededor del 31% de los que se sentían enfermos, no recurrieron a los servicios de salud por miedo, y 692.000 vieron sus consultas canceladas.⁵

⁵ https://www.jn.pt/nacional/covid-19-210-mil-sentiram-se-doentes-mas-nao-procuraram-cuidados-de-saude-12770582.html?fbclid=IwAR2Huuubbnakh4Wt_at9sS8fYJZd3qIXqlr9ReTWVCu4Bzlg-WE8YFzP5U

Una de las soluciones alternativas, la única con algo de peso, que avanzó para llenar la disminución de la accesibilidad, fue lo que se llamó "Telemedicina" o "Telesalud", pero que, con muy pocas excepciones (al menos en Portugal y en España, según los datos que tenemos), no fue más que llamadas telefónicas. En Portugal, 775.000 pacientes informaron de que tenían una cita para una consulta médica en este formato y el 90% la cumplieron. Sin embargo, en el 95% de las situaciones las consultas fueron por teléfono y solo el 4% implicó una imagen (videollamada).

En un sentido amplio, era efectivamente Telemedicina porque la gente hablaba a distancia utilizando una telecomunicación de baja tecnología. Sin embargo, alguien que posee cierta información y capacitación en Telemedicina y, sobre todo, que la defiende como un método válido y seguro, altamente promotor de la equidad y la rapidez de acceso y de la mejora global de la calidad del servicio prestado, no puede aceptar que este concepto de servicios de Telemedicina siga siendo aceptado como correcto y, lo que es peor, que se convierta en el método de facto aplicado en todas las situaciones.

Si bien entendemos que en una fase inicial y de emergencia, el uso del teléfono era mejor que nada, es necesario reconocer que este procedimiento tiene una legalidad dudosa, carece de seguridad y confidencialidad, es capaz de ayudar a hacer un diagnóstico y, finalmente, promueve sentimientos de inseguridad en los pacientes. No es, ni puede ser, un procedimiento recomendado como rutina para sustituir todas las formas de atención médica y para compensar la falta de acceso cara a cara.

2. Telesalud en el hospital y en el hogar

El Hospital Materno-Infantil de Sant Joan de Déu de Barcelona es un centro universitario privado de alta tecnología que forma parte del sistema de salud pública. La filosofía de trabajo se puede expresar en tres conceptos:

Flexible (fluyendo más allá de las paredes. Adaptación al entorno). Accesible (abierto y atento a lo que dicen los pacientes, otros centros y la sociedad) y Colaborativo (colaborando con los pacientes y otras instituciones).

Cuenta con una serie de servicios de Teleasistencia, consulta en línea, Teleconsulta, Telemonitorización, Telerehabilitación y atención Telemática para la diabetes. Se realizan videoconferencias de Telemedicina:

- 1) Mejorar los resultados en los pacientes
- 2) Racionalizar la colaboración de los especialistas y el personal del hospital para la atención de los pacientes con comunicaciones de vídeo en tiempo real
- 3) Maximizar nuestros recursos

Utilizando los recursos y el hardware que ya tenemos y ampliando sus capacidades y soluciones de Telemedicina. Impulsar nuestras comunicaciones internas. Trabajar con la colaboración y las reuniones y la formación, los participantes en cualquier parte del mundo.

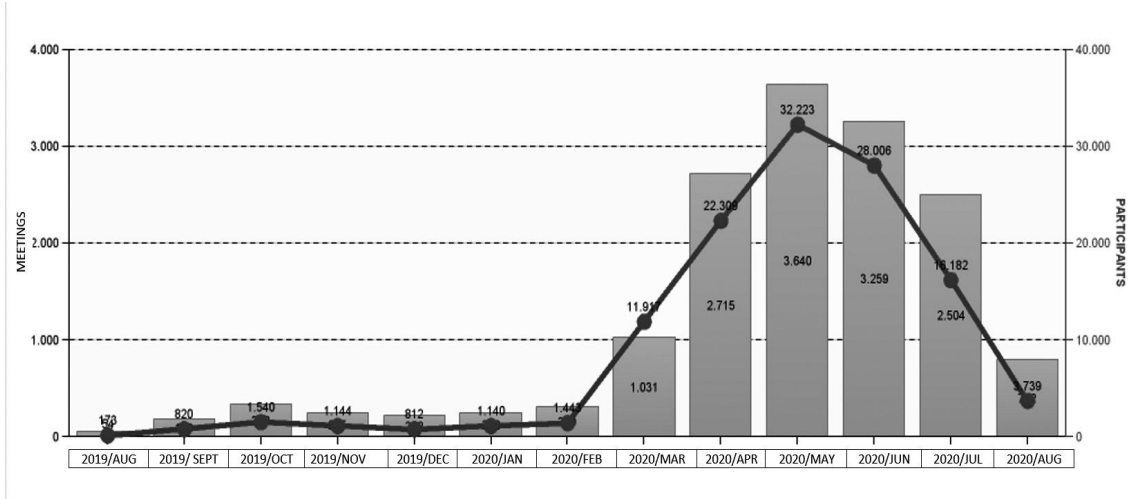


Figura 4. Evolución de la Telemedicina en el Hospital Sant Joan de Déu (HSJD). Fuente: <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es> (septiembre de 2020)

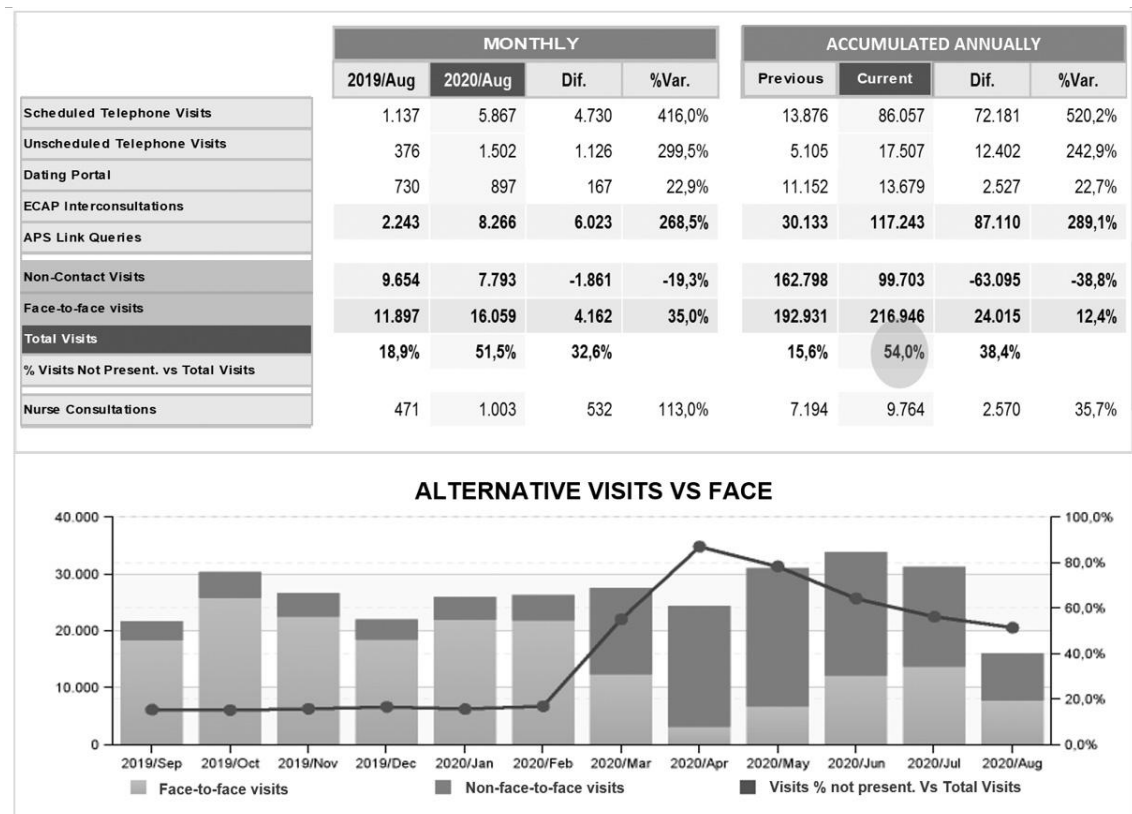


Figura 5. Telesalud en HSJD <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es> (septiembre de 2020)

Durante la pandemia, las consultas se realizaron cara a cara solo en casos especiales, delicados o esenciales y a petición del interesado. La mayoría se hicieron por contacto telefónico. La coordinación y la capacitación de los profesionales de la salud se ha llevado a cabo principalmente mediante sistemas de videoconferencia instalados en el equipo informático individual de los profesionales o en el equipo de Telemedicina.

Desde 2003, el SES cuenta con un servicio de Telemedicina que permite realizar consultas programadas y urgentes no presenciales mediante un sistema de videoconferencia y la posibilidad de compartir imágenes médicas no integradas en el historial médico electrónico del paciente. (imágenes de retinografía, imágenes dermatológicas, ecografías cardíacas, electrocardiogramas, etc.). El objetivo de este servicio es mejorar la accesibilidad a la atención médica especializada en una región dispersa, rural y muy envejecida. Por ello, se realizan Teleconsultas entre los centros de salud, en uno se encuentra el médico consultor y en el otro el paciente es acompañado por un profesional de la salud que apoya el proceso de diagnóstico, prescripción o seguimiento. Durante la pandemia, solo se han mantenido a través del servicio de Telemedicina las Teleconsultas esenciales (Telictus), las Teleconsultas con centros externos (residencias de ancianos, prisiones y centros de tutela de menores) y la Teleformación relacionada con COVID-19. Las Teleconsultas programadas no esenciales se han transformado en consultas telefónicas. Por otro lado, se ha explorado el uso de herramientas no institucionales para realizar consultas no presenciales que requerían imágenes, como la aplicación WhatsApp o el correo electrónico.

En Portugal, durante los primeros meses de la pandemia, los hospitales hicieron un esfuerzo notable en términos organizativos para adaptarse a la realidad de la pandemia, tanto en los servicios de urgencias como en las salas. En los hospitales con servicios de urgencias abiertos al exterior se crearon circuitos de circulación específicos para la observación inicial de los pacientes y, en el caso de que fuera necesaria la hospitalización, la realización de la prueba de detección de COVID-19 se hizo obligatoria antes, esperando el paciente para el resultado de la prueba en áreas designadas específicamente.

Los procedimientos quirúrgicos de emergencia siguieron realizándose como de costumbre, considerando al paciente como "positivo" hasta que se obtuvo el resultado del examen y se adoptaron todas las medidas de seguridad apropiadas. Los diversos departamentos también se subdividieron en áreas específicas con la separación de los pacientes infectados y no infectados, sin que hubiera comunicación en la circulación de espacios entre las diferentes áreas. El acceso al hospital estaba (y sigue estando) restringido y estrictamente vigilado, limitado al personal y a los pacientes con citas o procedimientos confirmados.

Sin embargo, la mayoría de las consultas y procedimientos electivos se interrumpieron durante cierto tiempo, con excepción de algunas especialidades (oncología). La Telemedicina no está institucionalizada en la mayoría de los departamentos, por lo que la gestión de los pacientes externos se individualizó en cada uno de ellos según su especialización, los servicios que suelen prestarse y los recursos técnicos y humanos disponibles.

En la fase inicial los equipos se dividieron para tener la posibilidad de un refuerzo si fuera necesario. Los departamentos de Medicina Interna fueron los más expuestos en todos los aspectos y los que recibieron más pacientes en la fase más crítica. En cuanto a la atención individual de los pacientes externos, cada médico o equipo intentó utilizar medios sencillos de comunicación directa y remota con sus pacientes, ya sea por teléfono/ WhatsApp / videollamada o incluso por correo electrónico.

Después de la primera fase, toda la actividad de asistencia hospitalaria está volviendo a una "nueva normalidad diferente", con instalaciones, logística y organización diferentes, pero un poco más preparada para tratar de superar con éxito una nueva crisis. Sin embargo, crear las condiciones para que la Telemedicina en todas sus potencialidades se instale realmente en la red de salud de los hospitales debería ser un objetivo importante en este proceso que estamos experimentando.

En los hospitales universitarios se planteó otro problema importante durante el período escolar: el mantenimiento de la enseñanza, las pasantías y la evaluación de los conocimientos. Sin embargo, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa, con el pleno compromiso del equipo audiovisual y de todo el personal docente, se estableció muy rápidamente una estrategia adecuada para mantener la enseñanza médica a distancia, que también funciona bien en el nuevo año académico.

Diferentes áreas de atención hospitalaria proporcionan ilustraciones de lo que ocurrió y no ocurrió en los hospitales del NHS portugués durante este período. Estos no son ejemplos exclusivos, sino más bien ilustrativos.

2.1. Telemonitorización de pacientes con EPOC

Esta pandemia ha traído una nueva realidad sin precedentes a Portugal y al Servicio Nacional de Salud, que ha tenido un impacto tanto en las actividades hospitalarias y de atención primaria de salud como en la vida de los pacientes, en particular los que sufren de enfermedades respiratorias crónicas (EPOC). El encierro obligatorio de las personas alentó una inadaptación alimentaria, y la menor actividad física asociada con menos medidas preventivas, como la suspensión de la rehabilitación respiratoria y, sin duda, el

menor cumplimiento de la terapia de mantenimiento, han contribuido a una mayor falta de control de la enfermedad.

En la Unidad Local de Salud del Alto Minho (ULSAM), a través del Programa de Telemonitoreo del DPOC que comenzó en 2014 y que actualmente incluye 97 pacientes (130 en total), ha sido posible la vigilancia clínica de todos los pacientes. La vigilancia remota de los parámetros y la intervención clínicos en tiempo real (médico y enfermera) ha permitido controlar la mayoría de las situaciones sin casos positivos de COVID-19. Se produjeron 3 muertes por diferentes patologías (un accidente por cerebrovascular, uno por neoplasia gástrica y el tercero por una enfermedad cardíaca descompensada). Además de todo el trabajo de Telemonitorización que permitió controlar la enfermedad crónica, el equipo también llevó a cabo una campaña de concienciación a distancia para todos los pacientes Telemonitorizados, centrada en las medidas de contención.

Los insuficientes conocimientos sanitarios y el bajo nivel de educación crearon inicialmente cierta aprensión, que se superó rápidamente gracias a la intervención del equipo multidisciplinario del proyecto, promoviendo una relación de confianza con el paciente y la familia/cuidadores. La adaptación de la tecnología al paciente y no al revés, así como la relación humana que se estableció entre ambas partes, facilitó todo el proceso de integración, con una adhesión del 100% y contactos frecuentes de los pacientes con el equipo clínico, es decir, con la enfermería, hasta la fecha. Se instruye a los pacientes para que hagan una evaluación diaria obligatoria de los parámetros vitales disponibles. Si se produce un empeoramiento de su situación clínica, el paciente puede supervisarse a sí mismo con la frecuencia necesaria para vigilar el episodio de inestabilidad. Enfermería se encarga de vigilar a los distintos pacientes las 24 horas del día y de establecer contacto telefónico con el paciente/cuidador en caso de alarma. Tras evaluar la situación, enfermería procede o no a una indicación terapéutica según lo prescrito en el S(OS) protocolo terapéutico del paciente y, siempre que sea necesario, con la colaboración del médico. Este modelo, que ha demostrado ser muy eficaz en la primera fase de la pandemia COVID-19, puede ser crucial en el período que se avecina de los meses de otoño/invierno, cuando la pandemia COVID-19 se enfrentará a los efectos de la gripe estacional y a una mayor inestabilidad de la EPOC con las exacerbaciones más frecuentes.

En Portugal, durante la primera fase de pandemia, se produjo un agravamiento del estado de salud de los enfermos crónicos debido al temor a acudir a las instituciones sanitarias y a la disminución de su capacidad de respuesta de los mismos.

Si se compara la actividad del programa de Telemonitorización de la EPOC en relación con el período de contención (del 1º de marzo al 30 de junio de 2020) con el mismo período de 2019, se observa una reducción de las intervenciones clínicas (46 en 2019 a

43 en 2020), del número de episodios de urgencia (26 en 2019 a 15 en 2020), del número de hospitalizaciones (4 en 2019 y 3 en 2020) y del número de días de hospitalización (25 en 2019 y 21 en 2020). Estos resultados refuerzan la importancia de este programa. Fue posible mantener el nivel de disponibilidad clínica para los pacientes Tele monitorizados y su orientación siempre que fue necesario. Durante el período pandémico, hubo pacientes en el programa que fueron enviados al Departamento de Emergencias de la misma manera que durante un período no pandémico.

2.2. Perspectiva de la Cardiología

La crisis pandémica debida a COVID-19 provocó un cambio abrupto en la organización de la atención médica, lo que dio lugar a un desplazamiento de los recursos hacia los pacientes "agudos" con sospecha de infección y retrasó las citas médicas presenciales con los pacientes crónicos considerados "estables". Además, el aislamiento social, considerado necesario y protector, y el temor a la contaminación en los hospitales también contribuyeron a este resultado. En lo que respecta a la insuficiencia cardíaca crónica (IC), una condición con especial vulnerabilidad a la infección y la consiguiente descompensación del síndrome -debido a la edad de los pacientes, las comorbilidades, las enfermedades cardiovasculares subyacentes y la particular susceptibilidad pulmonar a las enfermedades ⁶respiratorias-, la vigilancia por Telemonitorización ha sido, en la experiencia del Centro Hospitalario Universitario Lisboa Norte (CHULN), un valor añadido para mantener la calidad de la atención médica durante la fase de pandemia. Establecido a finales de 2017 y actualmente con 30 pacientes en un programa activo (pacientes con HF crónica severa), no hubo ningún aumento en la descompensación ni en los ingresos hospitalarios entre febrero de 2020 y julio de 2020, y no hubo casos de infección por COVID-19. El acceso y la calidad de la atención médica no cambió en esta población precisamente debido a la organización del programa que permite la vigilancia continua de los pacientes con HF crónica. El uso de las nuevas tecnologías disponibles para la vigilancia a distancia permitió el contacto entre los profesionales de la salud y los pacientes, asegurando la educación sobre la enfermedad y promoviendo medidas de auto vigilancia y autocontrol. Esta metodología demostró ser efectiva para reducir las hospitalizaciones y la mortalidad en pacientes con HF crónica con mayor riesgo de

⁶ Mehra MR, Ruschitzka F. Covid-19 illness and heart failure. Is a link missing? JACC 2020 Heart Failure; 8 (6): 512-4. doi: 10.1016 / j.jchf.2020.03.004 . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151428/>

descompensación ^{7,8,9}, de hecho, durante una situación de pandemia como la que vivimos actualmente, la Telemonitorización puede resultar particularmente útil para la detección rápida del empeoramiento clínico de la hemodinámica, lo que conduce a una intervención temprana y eficaz y a la reducción de los ingresos hospitalarios.

Las cardiopatías isquémicas siguen siendo la principal causa de muerte en todo el mundo ¹⁰ y la carga que representan para los sistemas de salud hace que sea cada vez más necesario mejorar las estrategias de prevención secundaria. La Telemonitorización de los síntomas, el electrocardiograma y parámetros como la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la glucosa en sangre han permitido mejorar la prestación de atención, con la corrección de los factores de riesgo modificables y la detección más temprana de las exacerbaciones, en particular en determinados pacientes de alto riesgo. La Telemedicina también puede desempeñar un papel en los programas de rehabilitación cardíaca, acercándolos a los hogares y a las estructuras comunitarias¹¹.

Los planes de contingencia derivados de la actual pandemia de SARS-CoV-2 han limitado considerablemente la estrecha vigilancia que muchos de esos pacientes requieren, en particular en el período inicial del infarto de miocardio post agudo. El programa de Telemonitorización del Centro Hospitalario Universitario de Coimbra (CHUC) garantizó un nivel de atención adecuado para los pacientes identificados como de alto riesgo después del evento índice. Con un total de 15 pacientes seguidos en cualquier momento, esta vigilancia domiciliar combinada con una estrecha conexión con los profesionales de la salud permitió no solo un control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular sino también la identificación temprana de cambios clínicos o electrocardiográficos para una orientación más rápida de las posibles descompensaciones. Durante el estado de emergencia se registraron varias posibles

⁷ Home-care IT solutions and commercial offers are too expensive, governmental and non-governmental consortiums could be created to offer low-cost high-tech home-care solutions to selected groups of risk patients/families.

⁸ Nunes-Ferreira A, Agostinho JR, Rigueira J, et al. Non-invasive telemonitoring improves outcomes in heart failure with reduced ejection fraction: a study in high-risk patients. ESC Heart Fail. 2020. doi:10.1002/ehf2.12999. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ehf2.12999>

⁹ Volterrani M, Casado B. Remote control and telemedicine. Eur Heart J Supplement.2019; M54-M56 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suz266>

¹⁰ Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, , et al. Statistical Update on Heart Disease and Stroke-2019: A Report from the American Heart Association . Circulation 139:e56–e528 <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>

¹¹ Rawstorn JC, Gant N, Right A, et al. Cardiac rehabilitation based on telehealth exercises: a systematic review and meta-analysis. Cor 2016; 102: 1183-1192. DOI: [10.1136/heartjnl-2015-308966](https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308966)

situaciones de "alarma", que pudieron resolverse a distancia, evitando desplazamientos innecesarios a las estructuras hospitalarias y reduciendo al mínimo el riesgo de exposición en pacientes particularmente vulnerables, dado el mayor riesgo de eventos agudos que presentan los pacientes con cardiopatía coronaria (y con las comorbilidades a menudo asociadas) con una infección por el SARS-CoV-2¹².

2.3. Perspectiva de la Dermatología

La restricción de las citas de dermatología cara a cara en todo el mundo^{13,14}. Como tal, y para evitar un mayor deterioro de las lesiones severas de la piel, nuestro departamento implementó estrictas medidas de Teletriage para priorizar adecuadamente nuestra actividad clínica.

Para los pacientes externos, desarrollamos un nuevo sistema de consulta de dermatología basado en datos clínicos y fotográficos recogidos en el punto de atención original por los médicos locales. Luego, esta información fue analizada a distancia por nuestro departamento y los pacientes escogidos fueron Teletratados (evitando una mayor exposición potencial a COVID-19), lo que garantiza que las observaciones presenciales se reservan principalmente para casos graves y urgentes. En cuanto a nuestros pacientes, se adoptaron mejores medidas de seguimiento, permitiendo la renovación de la Teleprescripción para los crónicos y la Telecomunicación de los resultados de las pruebas diagnósticas. Estas medidas, aunque adoptadas en un contexto muy específico, nos han demostrado que la Telemedicina puede mejorar nuestra experiencia sin poner en peligro la calidad de nuestra práctica médica. A medida que nuestra actividad electiva presencial comience a reabrirse, seguiremos integrando la Teledermatología en nuestra atención en el consultorio para construir un departamento de dermatología renovado que satisfaga verdaderamente las necesidades de nuestros pacientes.

¹² Maddox TM, Stecker EC, Bozkurt B, et al. ACC Clinical bulletin COVID-19 – Clinical guidance for the CV care team. <https://www.acc.org/~media/Non-Clinical/Files-PDFs-Excel-MS-Word-etc/2020/02/S20028-ACC-Clinical-Bulletin-Coronavirus.pdf>

¹³ Lichtman, G. y Rigel, D., 2020. The immediate impact of COVID-19 on U.S. dermatology practices. Journal of the American Academy of Dermatology, 83 (2), pp.685-686. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228885/>

¹⁴ Gisondi, P., Piaserico, S., Conti, A. y Naldi, L., 2020. Dermatologists and SARS - CoV - 2: the impact of the pandemic on daily practice. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 34 (6), pp.1196-1201. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264567/>

2.4. Perspectiva de la rehabilitación

Esta pandemia obligó a cambiar, retrasar o interrumpir la atención de rehabilitación en Portugal como en el resto de Europa. Según un cuestionario que se envió a los países europeos entre el 31 de marzo y el 3 de abril, durante un encierro, alrededor de 2,2 millones de personas se vieron privadas de cuidados de rehabilitación ambulatorios cada día.¹⁵ También se registró una disminución de los ingresos para la rehabilitación de pacientes internos no urgentes, así como una disminución del retraso medio de los pacientes que necesitaban rehabilitación urgente.¹⁶

Esta realidad tiene implicaciones para el presente y el futuro: deterioro de la funcionalidad de las personas que ya sufrían una discapacidad y un aumento del número de personas con discapacidades, es decir, los supervivientes de COVID-19 en sus variantes más graves -a corto-medio plazo un mayor número de personas necesitarán atención de rehabilitación. Las limitaciones impuestas por el distanciamiento social y las normas de funcionamiento de los centros de tratamiento dificultan el aumento de la respuesta de la rehabilitación convencional (de persona a persona). Es urgente encontrar otros enfoques que tengan por objeto complementar la rehabilitación convencional. En los últimos meses, las recomendaciones sobre la inclusión de la Telesalud en el futuro de la Rehabilitación se han vuelto comunes.¹⁷

Durante el estado de emergencia, la mayoría de las consultas de rehabilitación se hicieron solo por teléfono, sin video. La Telerehabilitación en todas sus formas (evaluación, intervención, monitorización, educación) no se ha implantado todavía en Portugal, a pesar de que ya se han realizado muchos avances en cuanto a las tecnologías de la información y la comunicación, a saber, la reciente implantación de RSE Live, que permite realizar consultas con los pacientes a domicilio.

¹⁵ Negrini S, Grabljevec K, Boldrini P. et al. Up to 2.2 million people with disabilities suffer collateral damage every day from the Covid-19 blockade in Europe. Cover - 10.23736 / S1973-9087.20.06361-3 [doi]. 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32383576/>

¹⁶ Proporcionó Bettger JA-O, Thoumi A, Marquovich V, et al. . Covid-19: maintenance of services essential to rehabilitation in the continuum of care. Tapa - e002670 [pii] Tapa. doi: 10.1136 / bmjgh-2020-002670 FAU - Prvu Bettger, Janet 2020. https://www.researchgate.net/publication/341182378_COVID-19_Maintaining_essential_rehabilitation_services_across_the_care_continuum

¹⁷ Ceravolo MG, De Sire A, Andrenelli E, et al. Rapid “life” systematic review of COVID-19 rehabilitation needs update to 31 March 2020. LID – doi:10.23736 /S1973-9087.20.06329-7. 2020 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32316718/>

La Sociedad Portuguesa de Medicina Física y de Rehabilitación creó un área para los pacientes en su sitio web, con varios folletos de ejercicios para el hogar, pero hay que hacer más para complementar/mejorar el acceso a la atención de rehabilitación y mejorar la integración de la atención, asegurando su continuidad a través de la vida de los ciudadanos como un derecho fundamental. Para ello será necesaria la contribución de los médicos, los ciudadanos y los encargados de formular políticas. La interoperabilidad entre los sistemas, la ciberseguridad y la protección de la privacidad son requisitos básicos. La investigación académica, junto con los profesionales de la salud, es fundamental para el desarrollo de soluciones fáciles de usar que permitan la escalabilidad del nivel de dificultad y la adaptabilidad a las necesidades y preferencias de los pacientes. Por último, la capacitación de los médicos será crucial para el éxito de la aplicación, ya que de ellos dependerá la formación de los pacientes y de sus cuidadores informales.

La pandemia de COVID-19 ha expuesto a la gente al peligro de la inactividad física y el comportamiento sedentario debido a la orientación de la estancia en casa.¹⁸ Para los pacientes con enfermedades pulmonares crónicas, la rehabilitación pulmonar (RP) es una parte integral del manejo clínico y el mantenimiento de la salud, con beneficios tanto psicológicos como físicos, reduciendo los síntomas de ansiedad y mejorando la disnea, el estado de salud y la tolerancia al ejercicio.¹⁹ Sin embargo, el impacto de la pandemia es aún mayor para estos pacientes, ya que pertenecen a una de las principales enfermedades de riesgo para COVID-19. El temor de los pacientes a contraer el coronavirus puede mantener a muchos alejados de los hospitales incluso en casos de exacerbaciones agudas.

Los programas en el hogar son una opción más segura, pero los pacientes deben hacer frente a condiciones para las que no estaban preparados, incluidos los factores ambientales, la angustia, la frustración y el estrés.²⁰ La motivación para las relaciones públicas suele ser baja, así como el cumplimiento de los pacientes. La Telesalud podría

¹⁸ Hall G, Laddu DR, Phillips SA, et al. . A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? *Prog Cardiovasc Dis* 2020: S0033-0620(0020)30077-30073. doi: 10.1016/j.pcad.2020.04.005. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32277997/>

¹⁹ Singh D, Agusti A, Anzueto A, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease: the GOLD science committee report 2019. *Eur Respir J* 2019 ; 53 2019/03/09. doi : 10.1183/13993003.00164-2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30846476/>

²⁰ Russell KL y Bray SR Self-determined motivation predicts independent, home-based exercise following cardiac rehabilitation. *Rehabil Psychol* 2009; 54: 150-156. 2009/05/28 DOI: 10.1037/a0015595. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19469604/>

ser una opción para aumentar la motivación, pero todavía falta una red bien diseñada, estructurada y organizada para proporcionar Telerehabilitación personalizada según el perfil motivacional y las necesidades del paciente, teniendo en cuenta otros factores determinantes como el apoyo social, las prácticas culturales y los factores ambientales. Este debería ser el camino en el futuro.

3. ¿Qué debería haber pasado y debe pasar en un futuro próximo?

Sin embargo, dadas las tecnologías, sistemas, dispositivos y aplicaciones disponibles hoy en día para que las Teleconsultas sean más avanzadas y concluyentes, y la posibilidad de Tele monitorizar a los pacientes crónicos en general, sería muy deseable aprovechar la experiencia actual y sin perder tiempo, implementar equipos de campo, aplicaciones, programas de acción y articulación que, al contrario de lo que ha sucedido hasta ahora, se beneficien significativamente del potencial tecnológico y organizativo existente.

3.1. ¿Qué debería haber pasado?

El Manejo Integral del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que ya es una realidad en el Alto Minho, es una consecuencia directa del Programa de Telemonitorización permite la apertura en condiciones de intervención en el hábitat natural del paciente a través de los equipos de la Unidad de Atención Comunitaria, ECCI y el Centro de Salud.

Promoviendo buenas prácticas clínicas para el control y tratamiento de la EPOC, la rehabilitación respiratoria puede mantenerse en el hogar, salvaguardando siempre las condiciones de seguridad y protección del paciente y del profesional de la salud, evitando así una mayor exposición a factores de riesgo mayores, inherentes a los viajes de los pacientes a los centros de rehabilitación.

Otras intervenciones no menos importantes también pueden ser realizadas por los profesionales de la salud en el hogar del paciente, como por ejemplo, enseñar fomentar y certificar el uso correcto de los inhaladores, realizar algunas técnicas como la vacunación o la recogida de muestras de sangre para su análisis periódico en el laboratorio. También es posible la evaluación médica necesaria. La formación y la sensibilización de los pacientes respiratorios y sus familias sobre la protección en interiores contra la exposición en la quema de biomasa, y en la alimentación adecuada para aprovechar los recursos existentes.

3.2. ¿Qué tendría que suceder en el futuro próximo?

Perspectivas técnicas y del proceso

En lo que respecta a la tecnología, existen muchas aplicaciones de telecomunicaciones seguras adaptadas y diseñadas para poner en contacto a los profesionales y los pacientes en casa o en cualquier lugar que los pacientes deseen (a través de teléfonos inteligentes, por ejemplo). Son fáciles de instalar, baratos y están disponibles en el NHS portugués. Incluso hay una aplicación dedicada en conjunto con los archivos electrónicos del NHS puestos a disposición por el Ministerio de Salud (RSE Live). En las regiones españolas igualmente, hay servicios de software disponibles.

Por otra parte, la Telemonitorización, que consiste en la evaluación regular y programada de los datos bio-fisiológicos de los pacientes, como la presión arterial, la glucosa, el peso, el porcentaje de grasa, la hidratación, el ECG, el nivel de oxígeno, el movimiento y otros parámetros, ya está disponible en Portugal para el control de los pacientes de riesgo. Algunos hospitales del SNP ya lo hacen de forma rutinaria, aunque solo en un número limitado de casos, principalmente en pacientes cardíacos y con enfermedades respiratorias graves. En el futuro también debería utilizarse en la atención primaria de pacientes diabéticos, hipertensos, obesos o hipocoagulados. Este futuro podría ser este otoño de 2020 y el invierno de 2021, no dentro de muchos años.

Ya existen varios dispositivos comercializados que permiten la auscultación cardíaca y pulmonar, el ECG, la observación de los ojos, los oídos y la garganta en tiempo real, la medición de la temperatura y las macro imágenes de la piel en tiempo real. Puede que todavía no esté justificado trivializarlo para el ciudadano común en sus hogares, pero sabiendo lo que está ocurriendo en las residencias de ancianos y en los centros de atención continuada, sería una inversión interesante en esos lugares, altamente ventajosa, y cuyo uso adecuado podría ser fácilmente aprendido por los cuidadores locales.

El uso de estas tecnologías puede y debe ser un factor relevante para el control real, el apoyo, el diagnóstico y la prevención en muchas situaciones. No sustituirá a los contactos presenciales, pero es capaz de evitar muchos de ellos sin aumentar el riesgo de perjudicar a los pacientes exponiéndolos a viajes y presencia innecesarios en lugares infectados (no solo el riesgo de infección por COVID-19, sino también infecciones nosocomiales y relacionadas con enfermedades infecciosas de larga evolución en los servicios de salud).

En muchos casos, como en la Telemonitorización, hay incluso ventajas adicionales, ya que los datos pueden ser examinados en tiempo real y con una frecuencia mucho mayor

de la que se haría en las citas médicas programadas. En la actual situación de pandemia, estas capacidades se hacen aún más evidentes y no se pueden ignorar.

Tenemos las tecnologías y técnicas necesarias, el conocimiento y algunos dispositivos. Tenemos una circunstancia que justifica y refuerza en gran medida la necesidad. Tenemos el apoyo formal de las autoridades sanitarias. ¿Qué falta entonces? Además de la habitual resistencia al cambio y de las conveniencias corporativas y económicas, cuya mejor lucha es la corrosión a lo largo del tiempo y la progresiva exclusión de quienes se niegan a cooperar, hay otras causas más relevantes en las que debemos intervenir cuanto antes: ¡ahora!

Metodología de trabajo

Aunque con muchos años de experiencia y éxitos, los sistemas de salud, en particular el Servicio Nacional de Salud, nunca implementaron la Telemedicina en el mismo paradigma que en la organización tradicional del trabajo en los centros de salud. Las instituciones de salud y sus servicios están, en general, organizados según un esquema diseñado para la atención cara a cara. La financiación y las medidas de productividad a menudo siguen considerando solo este tipo de consultas y actos médicos. Situaciones como el seguimiento de pacientes en el hogar, las consultas y prescripciones a distancia, la consulta a distancia entre pares de casos clínicos o la remisión a servicios electrónicos siguen causando grandes trastornos administrativos, financieros y estadísticos.

La actividad programada y de rutina debe incluir la Telesalud. Con horarios, profesionales, áreas y circuitos dedicados y resultados estadísticos/productivos propios, la Telemedicina será posible de manera profesional, seria y la responsable.

Probablemente, como es común en las etapas iniciales de cualquier procedimiento nuevo, es necesario compensar y reconocer la labor realizada, por ejemplo, recompensando la productividad, prestando servicios de apoyo y reafirmando las ventajas. El pago de primas por las Teleconsultas ha existido en Portugal o deben mantenerse otros incentivos financieros, pero con más rigor y sin excluir la atención primaria de salud.

Por último, debemos considerar el verdadero motor de todos los cambios importantes en los procedimientos y relaciones en los diferentes tipos de servicios de salud dirigidos al público. La población es consciente de la existencia de estos servicios, se da cuenta de su utilidad y alcance, confía en su seguridad y aprecia la comodidad. Aún más importante es hacer comprender a los ciudadanos que la Telesalud ya no es una experiencia para algunos, sino un derecho de todos en nuestra búsqueda de una mejor salud.

Perspectivas políticas

Se necesita urgentemente una estrategia de Telemedicina y Telesalud, con especificidades para los desafíos de la pandemia COVID-19. Esta estrategia debería establecer los modelos organizativos y las herramientas válidas de la Telemedicina y la Telesalud en diversos escenarios:

- 1) Escenario de pandemia. Diseño y desarrollo de modelos organizativos y tecnológicos que permitan una atención sanitaria no presencial para toda la población o semipresencial con contactos mínimos y controlados cara a cara. Los modelos deben garantizar la seguridad del paciente y de los profesionales y la calidad de la atención de las consultas, poniendo a disposición de los profesionales la mayor cantidad de información posible (videoconferencia, Telemonitorización, carga de imágenes y archivos en la historia clínica electrónica del paciente, historias clínicas electrónicas accesibles para el paciente, etc.). Asimismo, los modelos de Telesalud deben garantizar la equidad en el acceso al sistema de salud, es decir, los modelos de atención sanitaria no presenciales no deben establecer ni ampliar la brecha digital y económica existente en la población.
- 2) El escenario de “nueva normalidad”. Diseño y desarrollo de modelos organizativos y tecnológicos que permitan una atención sanitaria mixta. En este nuevo modelo, la atención no presencial debe ocupar el lugar de relevancia que le corresponde en una sociedad digitalizada, garantizando estándares de seguridad, calidad y equidad.

La estrategia debe contemplar la mejora de la salud en los centros con poblaciones institucionalizadas (centros de atención de ancianos, centros de atención de discapacitados, prisiones, centros de menores, etc.) mediante el uso de sistemas de Telemedicina y Telesalud. Estos sistemas contribuyen a la continuidad de la atención al paciente, a la difusión y actualización de los protocolos de atención sanitaria, a la comunicación y coordinación continuas entre los gestores del ámbito sanitario y social, a la organización precoz de los ingresos en los centros sanitarios, etc.

Otro aspecto que incluir en la estrategia regional podría ser la Telerehabilitación y la Telemonitorización de los pacientes. La Televigilancia debe servir en particular a poblaciones específicas de alto riesgo, de acuerdo con objetivos predefinidos, ya que no es posible (y probablemente no es deseable, ni para el sistema ni para los pacientes) telemonitorizar a todo el mundo. Además, la periodicidad de la Telemonitorización se tendrá que realizar en función del perfil clínico cada uno de los pacientes.

4. Perspectivas de los pacientes sobre la pandemia de COVID-19 y las oportunidades en Telesalud

Las asociaciones de pacientes que participaron en este informe expresaron sus experiencias: Una sensación de pérdida. Que la Telemedicina no se ofrecía como solución, sino que las llamadas telefónicas eran una especie de "último recurso" no siempre disponible, pero mejor que ningún contacto. Las asociaciones de pacientes no se sintieron involucradas en el inicio de la crisis por las autoridades. Esto fue similar en Portugal y en España, aunque progresivamente más informadas e involucradas en España que en Portugal. Las asociaciones son capaces de comunicarse eficazmente con un gran número de pacientes y sienten que podrían haber sido utilizadas como un recurso "Tele". Además, no se les dio a conocer los esfuerzos o iniciativas de Telemedicina disponibles. No los riesgos, o las alternativas al uso o al mal uso de soluciones de consumo general, como WhatsApp/ZOOM para la realización de Teleconsultas.

En cuanto a la Telemonitorización, la asociación de pacientes de EPOC refiere que ésta debería haber sido utilizada más ampliamente y como una herramienta efectiva que podría preparar mejor a los pacientes para el invierno que se avecina.

En el seminario web organizado por RESPIRA y SITT, el pasado 30 de septiembre, para obtener retroalimentación y participación de los pacientes en relación con estos temas, un fuerte apoyo a la idea de expandir las buenas experiencias en diferentes hospitales en un programa de Telesistencia Nacional.

5. Recomendaciones

1. Poner en marcha con urgencia estrategias y planes de aplicación organizados para la Telesistencia;
2. Involucrar a las asociaciones de pacientes en las actividades de alfabetización e invertir fuertemente en concienciar a los ciudadanos, pacientes y familias sobre lo que es una Telemedicina "adecuada" y que no deberían ser soluciones rápidas para respuestas urgentes inmediatas que no cumplen plenamente con la reglamentación y las buenas prácticas de la Telesalud.
3. Terminar la actualización de la infraestructura del NHS urgentemente en las próximas 6 semanas, todos los PCs necesitan tener cámara web, micrófono y altavoces - para convertirse en puntos de contacto de Telesalud/Teleconsulta

4. El uso de soluciones de baja tecnología, debe ser siempre una segunda alternativa y no convertirse en la forma "principal" de ofrecer Telesalud
5. No se aconseja la sustitución total de las citas presenciales por las Telecitas, los modelos híbridos son más seguros, incluso en la pandemia, se recomiendan encarecidamente. Si se implementan ampliamente, reducen suficientemente el número de pacientes que van a los centros ambulatorios.
6. Las soluciones de las TIC's para la atención domiciliaria y las ofertas comerciales son demasiado costosas, por lo que podrían crearse consorcios gubernamentales y no gubernamentales para ofrecer soluciones de atención domiciliaria de alta tecnología y bajo costo a determinados grupos de pacientes/familias de riesgo.
7. La Telesalud debe desplegarse en todos los niveles de atención de manera integrada, en las crisis y después, la atención en los hospitales debe extenderse a la atención primaria. Esto está ocurriendo en algunas regiones de la Península Ibérica, pero debe generalizarse.
8. Cuando se revisen las directrices para las enfermedades convencionales o los enfoques de los planes de atención, la Telesalud debería ser un componente integral. Las directrices técnicas, como las de Teledermatología o Teleradiología, pueden tener sentido, pero el hecho de tener componentes de Telemedicina en todas las demás especialidades clínicas es fundamental para la participación e internalización de los profesionales en el proceso de atención, en lugar de que sea una tecnología, impuesta o sugerida por la alta dirección, si es que la hay.

6. Conclusiones

La pandemia ha puesto en primer plano dos temas larvados y latentes, como resultado de la inercia provocada por los intereses económico-financieros que bloquean la transformación de la sanidad, considerándola como un negocio más y no como un derecho de la Ciudadanía. Estos temas son la salud pública y la e-salud (Telesalud).

Se ha comprobado que es fundamental que los Estados Sociales con sistemas de salud pública que permitan enfrentar esta epidemia, así como otras, de manera más efectiva, son fundamentales para la ciudadanía universal. Esto ayuda a evitar ejemplos devastadores como el de los Estados Unidos de América (inexistencia de un Estado Social e ineficiencia de la Salud Pública) y el Brasil (incapacidad del SUS y prevalencia de servicios de salud privados rentables que atienden a pocas personas).

La salud electrónica ha demostrado ser un vector decisivo para acercar a los pacientes a los servicios de salud, siendo un buen ejemplo la vigilancia de los pacientes crónicos, más frágiles y de edad avanzada mediante procesos de Telemonitoreo, manteniéndolos

en sus hogares y evitando desplazamientos innecesarios a los hospitales, lo que les podría exponer más a contactos indeseables en el contexto de una pandemia o también en una situación habitual para evitar la transmisión de enfermedades bacterianas, sin olvidar que las enfermedades crónicas son prevalentes en los Sistemas Nacionales de Salud.

La Telemedicina apoya a la medicina tradicional/presencial proporcionando servicios clínicos cuando la distancia es un factor crítico. Aunque esta herramienta no sustituye a un examen médico, durante la pandemia ha contribuido a reducir la propagación de la infección y ha evitado la necesidad de las visitas presenciales de los pacientes. Incluso después de la emergencia de COVID-19, la Telemedicina será decisiva para agilizar las visitas ambulatorias, limitando al mismo tiempo los costos, tanto para el paciente como para el Sistema de Salud, lo que es fundamental, ya que la disminución de los presupuestos de los servicios nacionales de salud pública de los países probablemente seguirá a esta pandemia y crisis económica.

La Telesalud y la Telemedicina en particular pueden ofrecer un valioso apoyo a la actividad del médico al racionalizar y facilitar su labor. En este sentido, la pandemia representa una ventaja positiva para la aceleración y el mejoramiento de los instrumentos que constituyen la Telemedicina.

Se ha esbozado un conjunto de recomendaciones que se presentarán a las autoridades gubernamentales de ambos países.

Los profesionales portugueses propusieron una estrategia nacional de teleasistencia, que fue apoyada por los pacientes.

En España, se dice que proporcionar un mayor equipamiento a los profesionales y los programas existentes, como en Extremadura, es el futuro y se discutió como una buena práctica. En Cataluña, ha impulsado los proyectos en curso en algunos hospitales catalanes, lo cual es algo que no es tan obvio por ahora en Portugal.

(Cómo citar este informe: *SITT GT3D (2020) "Informe de otoño del grupo GT3D de SITT: Oportunidades de Telesalud en los primeros tiempos de la pandemia COVID-19"*, disponible en: <https://www.sittiberica.org/>)