

La “consulta médica” telefónica

¿Una degradación que menoscaba los derechos humanos?

Aló. Doctor Aló, quiero un “vis a vis”

- 1.- La consulta médica: algo más que una comunicación verbal
- 2.- Disciplina, orden y método.
- 3.- El Derecho a la Salud exige una atención de calidad suficiente y oportuna (y un tiempo de consulta no inferior a veinte minutos).
- 4.- Responsabilidad médica.
- 5.- Conclusiones

1.- La consulta médica: algo más que una comunicación verbal

En la relación médico-paciente un factor esencial para práctica de la medicina, remitiéndose a la *entrevista clínica*, descansa en una buena comunicación, aclarando que “comunicar” no se limita a hablar, y al mismo tiempo que tal entrevista ha de someterse a un *proceso* (“conjunto de fases sucesivas de un fenómeno o hecho complejo”).

Para el desempeño del oficio médico, desde sus inicios como estudiante, se enseña algo básico, esto es, aprender a *escuchar y hablar, ver y tocar*, bajo el común denominador de una continua y atenta, profunda y estrecha *observación*, aspectos que han de acatarse de forma exquisita para adiestrar el “ojo clínico”.

- Hacer una consulta, en general, está vinculado a solicitar el parecer o la instrucción de otra persona. Quien consulta espera obtener información de utilidad para satisfacer sus necesidades o conseguir sus objetivos. Esta lógica se aplica tanto a la consulta más simple (preguntar la hora en la calle, averiguar cómo llegar a un destino) como a la más compleja (una consulta profesional). Cuando una persona acude a un médico con una inquietud, también se habla de consulta. La **consulta médica** es el **tiempo** en que el paciente está **junto al profesional** en un **espacio determinado** (el consultorio o el domicilio de quien sufre el problema de salud), mientras el doctor brinda su parecer y recomienda los pasos a seguir”. (Definición de consulta. JULIÁN PÉREZ PORTO Y MARÍA MERINO, 2010). En negrilla se han querido destacar los términos “tiempo” “junto al profesional” y “espacio determinado”. Su importancia entenderá mejor avanzando en esta lectura.

“**La entrevista clínica** es el **proceso de comunicación** que se produce entre médico y paciente, dentro del desarrollo de su profesión. La comunicación es la interrelación que se produce entre al menos dos personas que intercambian mensajes y consiguen hacerse conscientes recíprocamente de sus sentimientos e ideas, por medio de expresiones **verbales** y **no verbales**. El objetivo de la entrevista clínica es la atención del paciente para solucionar un problema de salud. Para alcanzar este objetivo se debe crear una buena relación profesional sanitario-paciente donde el médico o el/la enfermero/a debe aplicar sus conocimientos técnicos y su humanidad, y el paciente su confianza” (WILKIPEDIA).

Cuando dos personas se reúnen como sucede en lo que tradicionalmente se conoce como *consulta médica*, entrevista médico-paciente, el lenguaje, en cualquiera de sus formas (verbal, también corporal) canaliza mensajes que estimulan instantáneamente la imaginación y la creatividad del pensamiento, actuando como catalizadores, espoleando el proceso intuitivo y otras potencias que discurren por la red del cerebro humano. Faltando estos ingredientes básicos para un buen entendimiento, los resultados para los

objetivos de la *consulta médica* serán enormemente precarios, comprometiendo el juicio diagnóstico. La *relación*, en este caso médico-paciente, requiere que se desenvuelva en un clima que facilite una conexión entre ambos para que puedan interactuar desde sus respectivas posiciones.

- “A nivel no verbal, deberemos centrarnos en el lenguaje corporal del paciente (expresión facial, postura, respiración, contacto ocular) como en su paralenguaje (entonación, intensidad de la voz) lo que nos proporcionará una información muy rica sobre su estado emocional o psicopatológico. En este punto, es importante señalar, que al igual que nosotros nos percatamos de la comunicación no verbal del paciente, así lo hace el paciente con nosotros, por lo que el entrevistador deberá controlar sus propios gestos y expresión facial, de modo que no de muestra de aburrimiento, prisa, desaprobación o rechazo”. (*Habilidades básicas de entrevista clínica*. Introducción general a la clínica psiquiátrica. MARTA MARÍN MAYOR y JAIME CHAMORRO DELMO. Tutora: MERCEDES NAVÍO ACOSTA. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid).

2.- **Disciplina, orden y método.**

(1) el paciente puede comunicar sus vivencias y síntomas pero en general carece de capacidad para valorar el alcance, jerarquía o/y prioridad de los mismos;

(2) tal comunicación muchas veces es poco acertada, de ahí que el médico ha de estar atento con el fin de ayudarle a extraer lo que quiere decir cuando por sí sólo no es capaz; y habrá que ayudarle para facilitarle la comunicación;

(3) en la verbalización del paciente es importante atender no sólo a lo que expresa, sino cómo lo hace, lo que requiere una atenta observación de sus gestos en el conjunto de su lenguaje corporal;

(4) interesa también reparar en los *silencios*, momento en que surgen, duración, la manera en que se “administran”;

(5) llegado el turno de palabra del facultativo, encauzará sus preguntas, considerando lo anterior;

(6) lo expuesto inicialmente por el paciente a veces tan sólo sirve como hilo conductor que luego puede tomar diversas proyecciones;

(7) en los pacientes de edad avanzada (colectivo creciente desde hace años) lo dicho adquiere más relieve (dificultades para la verbalización, merma de la agilidad mental, concurrencia de varias patologías, teniendo que esforzarse más en el diagnóstico diferencial...). En estos casos la comunicación del médico gran número de veces no es directamente con el paciente, sino con un familiar o cuidador, con los inconvenientes que supone sólo disponer de la versión del "relator".

(8) a través de su intuición el facultativo podrá buscar y encontrar sentidos diferentes, para así llegar a una impresión diagnóstica.

Desconocer lo anterior crea un **desorden que atenta y descontextualiza el método clínico, procedimiento** que guía al razonamiento científico para entender la enfermedad en el al enfermo, y su diagnóstico, que previamente ha de partir de la observación ordenada de los síntomas y signos, junto a otras técnicas para examen de paciente (*propedéutica clínica*) y cuyo escenario es la consulta médica, que ahora algunos pretenden deslocalizar, llevándola a *esos* “no-lugares”.

- Siendo así, ¿en que situación se deja, por ejemplo, a la *semiología médica*? “La semiología médica es la disciplina mediante la cual el estudiante de medicina adquiere conocimientos y habilidades para establecer una adecuada **relación médico-paciente**. Estudia el lenguaje específico de la profesión, la comunicación efectiva, las estrategias y técnicas indispensables para recoger los datos que permitirán elaborar una **historia clínica integral**, lograr los diagnósticos presuntivos de salud o enfermedad y solicitar los exámenes complementarios, si es necesario. **Es la asignatura estrella del curriculum de la carrera médica** porque juega un papel integrador ya que permite al alumno enlazar los conocimientos y habilidades adquiridos en las anteriores con los aportados por ella. Constituye la **base indispensable** sobre la que se irán articulando nuevos y más profundos saberes que permitirán el diagnóstico definitivo del paciente, imprescindible para el tratamiento. **Es el cimiento de las clínicas:** médica, quirúrgica, pediátrica, obstétrica, psiquiátrica y familiar”. (Ref.- ROSA OLIVERO, CARMEN BARRAEZ. *Importancia de la semiología médica en la adquisición de las competencias de un médico*. Salus vol.15, nº 3, Valencia, 12/2011. Universidad de Carabobo).

- “Durante siglos el diagnóstico se basó casi exclusivamente en la habilidad y la perspicacia del profesional de la medicina para establecer el **contacto directo con el ser humano**, hecho indispensable para el establecimiento de la credibilidad y confianza que caracteriza la relación especial médico-paciente que permite recaudar las manifestaciones de su disfunción. El extraordinario **avance científico y tecnológico** de las últimas décadas ha aportado numerosas herramientas de diagnóstico y tratamiento, que han contribuido a disminuir la incertidumbre y ha estimulado el uso prioritario de las exploraciones complementarias para diagnosticar y tratar a los enfermos. Esto ha coincidido **paradójicamente con un creciente descontento e insatisfacción por parte de los pacientes**, relacionado con la calidad y eficacia de la atención que reciben de los profesionales de la salud, **además ha encarecido considerablemente los servicios de salud**”. (Ref.- ROSA OLIVERO, CARMEN BARRAEZ. *Importancia de la semiología médica...*).

- “**Cuatro características principales distinguen al acto médico:** (1) la profesionalidad, pues solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico; (2) la ejecución típica, es decir, su ejecución conforme a la denominada “Lex Artis ad Hoc ” (*) sujeta a las normas de excelencia de ese momento; (3) tener por objetivo la curación o rehabilitación del enfermo; y (4) la licitud, o sea su concordancia con las normas legales” (Laín Entralgo P. *Antropología Médica*. Barcelona: Ed Salvat. 1984) (*) “La Lex Artis ad Hoc califica si la actuación del profesional se ajusta al concepto de excelencia en el momento en que se juzga dicha actuación (Morales, MC. Alegato de Conclusiones. Proceso de Demanda Médica. Juzgado V Civil del Circuito de Santafé de Bogotá. 1993) *en el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión,... de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado...*” (MARTÍNEZ-CALCERRADA L. *Derecho Médico General y especial*. Madrid. Ed Tecnos. 1986). (Notas correspondiente al trabajo *El acto médico Implicaciones éticas y legales* FERNANDO GUZMÁN, EDUARDO FRANCO, MARÍA CRISTINA MORALES DE BARRIOS, JUAN MENDOZA VEGA. *Acta Médica Colombiana* Vol. 19 N° 3 ~ Mayo/Junio 1994).

3.- El Derecho a la Salud exige una atención de calidad suficiente y oportuna

- “**La entrevista médica es la herramienta mas poderosa para el diagnóstico**”.-La importancia de la entrevista médico paciente ya se afirma desde épocas antiguas (Hipócrates, Galeno...) y hasta nuestros días. Desconocer lo anterior es un obstáculo para una atención médica de calidad, desnaturalizando la esencia de la relación médico-enfermo, afectando igualmente a la intensidad emocional que acompaña a gran número casos cuando el paciente acude al médico.

Entre los *derechos de todo ser humano* se encuentra el **derecho a la salud**, incluyendo tal derecho “el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente” (OMS, Salud y Derechos Humanos, 29/12/2017, Datos y Cifras).

“La entrevista médica es la herramienta diagnóstica más poderosa con que cuenta el médico y una fuente importante de la obtención de datos primarios... La anamnesis constituye el recurso clínico más difícil y que más tiempo lleva dominar, es la herramienta diagnóstica más poderosa del médico pues el diagnóstico puede lograrse con ella sola entre un 60-90%, el resto se basa en el examen físico y complementarios”. (*La entrevista médica, pilar fundamental en el diagnóstico médico. Nuestros profesores escriben.* Dra. CM. Birsy Suarez Rivero Dra. Anabel Piloto Cruz. Órgano Científico de ciencias médicas de Cuba, Revista 16/abril/2014).

Según la OMS "la calidad en la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de medios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico y **lograr el mínimo riesgo de efectos adversos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso**" (LEMUS JD, ARAGÜES -OROZ V. *Auditoría médica. Un enfoque sistémico.* Buenos Aires: Ed. Universitarias; 200, nota a su vez tomada del trabajo *Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica.* DELIA OUTOMURO. ANDREA MARIEL ACTIS. Rev Med Chile 2013; 141: 361-366).

“El **derecho a la salud** es garantizado en múltiples instrumentos jurídicos internacionales de manera directa e indirecta. Sin perjuicio del marco general que configura la Carta de Derechos Humanos, los sistemas de protección de la OEA y del Consejo de Europa **se ocupan cuidadosamente de velar por la máxima protección individual y colectiva de la salud.** En los últimos años, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, amparándose principalmente en la Convención Americana sobre Derechos Humanos, ha condenado la violación del derecho a la salud en numerosas ocasiones y en relación a casos recientes. Del mismo modo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de conformidad con el artículo 8.2 y otros derechos vinculados a este precepto, vela porque los Estados protejan a sus ciudadanos y les presten el nivel más elevado y adecuado de salud”. (*El Derecho a la salud en la Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.* ANA CRISTINA GALLEGO HERNÁNDEZ. Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades, vol. 20, núm. 40, 2018. Universidad de Sevilla).

• **Un tiempo de consulta no inferior a veinte minutos.** Además la atención al enfermo reclama un tiempo suficiente para realizar la consulta correspondiente, lo que en la práctica no sucede, ni mucho menos. Está claro que ha de incluir el diagnóstico diferencial (excluyendo o relegando a un segundo plano aquello sin o de menor relevancia). Estudios bien documentados advierten que un tiempo inferior a veinte minutos comprometen la asistencia, “tanto técnica como humanamente” (*),

Actualmente si el tiempo que los Médicos de Familia, en nuestro país y en general, pueden dedicar a la atención personal del paciente (centros de salud, consultorios rurales, etc.) es ya poco, el hurto todavía es mayor dado el trabajo administrativo y demás “papeleo” que han de cumplimentar (como rellenar el modelo impreso para un parte de baja de un paciente pendiente resonancia magnética

(*) *Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica.* DELIA OUTOMURO. ANDREA MARIEL ACTIS. Rev Med Chile 2013; 141: 361-366. “.. en términos generales, la bibliografía mundial respalda la asignación de pacientes entre 10 y 15 min, .. Ahora bien, ¿es este tiempo suficiente? ¿Nos garantiza una buena calidad de atención médica?” “... el escaso tiempo de la consulta puede deteriorar la relación médico paciente (RMP). Desde la Antigüedad se reconoce que la RMP es un factor de enorme importancia para la recuperación de los enfermos. Sin duda, es el primer y principal acto médico” . ///“Pero, hoy día, el abuso de la tecnología y la tendencia a la despersonalización atentan contra este recurso terapéutico”. “Por su parte, **la atención primaria de la salud** es el primer nivel de atención profesional en la mayoría de los países. Es el nivel donde las personas presentan sus problemas de salud y donde la mayoría de las necesidades en salud encuentran la cura o la prevención. La coordinación del acceso y utilización de estos servicios es uno de los pilares que contribuye a mantener el estado de salud de la población” . “Por otro lado, el incremento en los últimos años de la expectativa de vida –producto de los avances científicos y tecnológicos– hace que **los médicos vean cada vez pacientes más añosos y con múltiples enfermedades**”. /// “Los médicos del nuevo milenio se encuentran en un

punto de inflexión donde hay que buscar nuevas alternativas de atención médica que garanticen la calidad en la atención a la vez que se incrementa el número de pacientes asistidos”. **“Un estudio en Alemania demostró la obtención de grandes beneficios en el devenir de pacientes con enfermedades crónicas, donde las consultas médicas tenían un mínimo de 30 min.** Parte de estos resultados se asocian con el mayor tiempo para dar indicaciones para mejorar hábitos de vida y establecer un compromiso en la relación médico-paciente, para el cumplimiento de los planes terapéuticos”’. /// “En **conclusión**, los administradores de los sistemas de salud deberían repensar la forma en que se organiza la agenda de turnos médicos. Los indicadores habituales, generalmente de índole económica, son insuficientes en una materia tan delicada como es la atención de la salud. Razones de naturaleza médica y fundamentalmente bioéticas, reseñadas en el apartado sobre calidad de atención médica, sugieren la asignación de un tiempo de consulta en clínica médica que supere los 15 min habituales, **proponiendo un tiempo éticamente aceptable de 20 min.** Entendemos que un tiempo menor a 20 minutos no permite cumplimentar adecuadamente el acto médico, tanto técnica como humanamente”’.

“Con la pandemia **se ha instaurado de manera generalizada la consulta telefónica**, a la que se le ha otorgado también un tiempo de **6-7 minutos**. Sin embargo, esta modalidad de consulta implica por muchos de los motivos de consulta una serie de dificultades comunicativas y de ejecución del acto clínico imposibles de solventar en ese tiempo claramente insuficiente, si se quiere garantizar la seguridad del paciente y la seguridad del profesional” (Asociación de Médicos de Atención Primaria/AP de Canarias. 2020. *Reivindicaciones y Propuestas de mejora de la actual situación laboral y asistencial de los médicos de AP en el SCS/servicio canario de salud*)... Esta práctica en modo alguno es la forma apropiada para la protección a la Salud. El derecho a la salud implica que **“el Estado tiene la obligación de proporcionar un sistema de protección sanitaria”** (ACNUR. Comité Español. Derechos y valores del ser humano, Mayo //2018).

El cúmulo de dificultades con los que se encuentran los Médicos de Atención Primaria (MAP) no es reciente. Sin embargo se han acentuado con la pandemia, que exigen al facultativo una mayor esfuerzo de creatividad e improvisación; se explica que muchos presenten un progresivo cansancio mental y agotamiento, que moralmente les mortifica con la sensación de estar desnortados. No es ahora momento para entrar en mayores detalles, pero el panorama cada vez se percibe más sombrío y el camino hacia el **deterioro de la asistencia primaria** se ensancha. Desde alguna plataforma médicos de AP han expresado sus problemas. quejas y diversas solicitudes, como (1) que les permitan gestionar a ellos mismos la agenda de los consultas presenciales, pero la administración sanitaria de la que dependen se opone; (2) obstáculos para acceder a la atención hospitalaria especializada, por el rechazo por parte de los especialistas de las interconsultas, por la rigidez de ciertos *protocolos de derivación*, con lo que entre otras consecuencias, el diagnóstico precoz y temprano, preventivo también, no se facilita... . “Los protocolos de derivación “consensuados” deben ser efectivamente consensuados con profesionales que ejerzan en AP, no impuestos unilateralmente por el servicio en cuestión... ante toda interconsulta rechazada o (por la) burocracia inducida desde AH (atención hospitalaria) repetiremos la interconsulta al servicio en cuestión, exponiendo el derecho del paciente a ser valorado en un segundo nivel cuando su MAP (médico de atención primaria) lo considere necesario.”. “Poco a poco, el resto de especialidades han ido poniendo en práctica protocolos de derivación, a veces consensuados con AP/atención primaria y **la mayor parte de las veces no**, que conllevan que asumamos más responsabilidad y tareas, muchas de ellas administrativas, en el manejo del paciente antes de derivarlos a (la) AH(atención hospitalaria)“; (3) disponer de más tiempo para atender a los enfermo, más allá de los seis minutos por paciente (ya sea telefónicamente, o presencial). Aún siendo muy modestos en su reivindicaciones, todavía sin conseguir, está “limitar agendas a 30 pacientes/día y como mínimo 10 minutos/paciente... la sobrecarga asistencial y la falta de tiempo mínimo necesario para desarrollar adecuadamente nuestra labor asistencial como médicos de familia es uno de los factores determinantes más importantes, sino el que más, en la aparición y aumento de la incidencia de trastornos psíquicos, alteraciones físicas y desmotivación profesional así como de la disminución de la calidad asistencial objetiva y percibida, el incremento de abandono de la especialidad” (Asociación de Médicos de Atención Primaria de Canarias, o.c.).

El malestar entre los facultativos por el tiempo tan escaso para atender a los pacientes ya se conoce desde hace años. “Seis minutos es la media de tiempo de consulta médica en un centro de salud. Solemos dedicar 5 horas al día a consulta presencial durante la que atendemos a unos 40-50 pacientes. A partir de enero con el pico de la gripe serán más, como lo son cuando falta algún médico y no hay suplente”. “Seis minutos es el nombre de un *documental* que se está grabando esta semana. Un grupo de médicos de familia sin patrocinador detrás compartirá su

visión. Una visión que la sociedad necesita”. (Ref. La consulta del doctor Casado / *Blog de salud, consciencia y comunicación*, 2011). (El documental puede verse actualmente en *You Tube*).

Carta Europea de los Derechos del Paciente. Redactada en noviembre/2002 por la *Red Ciudadanía Activa*, un complejo europeo de organizaciones cívicas, de consumidores y pacientes, es un instrumento que proporciona una descripción clara y completa de los derechos de los pacientes... Esta declaración es parte de un movimiento popular en toda Europa que alienta a los pacientes para desempeñar un papel más activo en la definición de los servicios sanitarios y es un intento de convertir documentos regionales relativos al derecho a la asistencia sanitaria en disposiciones concretas. Este instrumento **identifica 14 concretos derechos de los pacientes que están actualmente en riesgo**: derecho a medidas preventivas; derecho de acceso; derecho a la información; derecho al consentimiento; derecho a la libre elección; derecho a la privacidad y confidencialidad; **derecho al respeto del tiempo del paciente**; **derecho al cumplimiento de los estándares de calidad**; derecho a la seguridad; derecho a la innovación; derecho a evitar dolor y sufrimiento innecesarios; derecho a un tratamiento personalizado; derecho a reclamar; y derecho a una compensación. A pesar de que es un instrumento jurídicamente no vinculante, gracias a una importante red de asociaciones de derechos de los pacientes por toda Europa ha tenido éxito como grupo de presión a los gobiernos nacionales para la adopción y reconocimiento de los citados derechos. También ha servido como punto de referencia para controlar y valorar los sistemas sanitarios de toda Europa. En concreto ahora cabe destacar el **derecho al respeto del tiempo del paciente**: derecho a recibir el tratamiento necesario en un período de tiempo predeterminado y rápido; y el **derecho al cumplimiento de los estándares de calidad**: derecho al acceso a servicios de alta calidad basados en la especificación y cumplimiento de estándares precisos, unos niveles satisfactorios de rendimiento técnico, confort y relaciones humanas. (Ref.- Edición española de los capítulos internacionales y regionales de la Guía Práctica sobre Derechos Humanos en la atención al paciente, que se enmarca en las actividades de colaboración derivadas de los convenios firmados en junio de 2015, en la ciudad de Granada, entre la Asociación Europea de Escuelas de Salud Pública (ASPHER), la Escuela Nacional de Sanidad – Instituto de salud Carlos III, la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Asociación de Juristas de la Salud).

4.- **Responsabilidad profesional.** En el curso de la imputación por una mala práctica profesional la historia clínica es esencial. Entre otras cosas, comprobar si se ha realizado una exploración correcta, donde, además de la anamnesis (conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico) se incluye la *exploración inmediata*: inspección, palpación, percusión y auscultación.

La importancia de poner los medios necesarios para llegar al diagnóstico es fundamental para evitar una condena por la mala práctica. Con poner los medios, se insiste, y haber actuado con la debida diligencia es suficiente, cumplido lo cual, no es obligatorio llegar al diagnóstico certero. *Obligación de medios, no de resultados* (st. TS 19/12/2010: *obligación de realizar todas las pruebas diagnósticas necesarias atendiendo al estado de la ciencia en ese momento*).

La atención primaria es la columna vertebral de un sistema público de salud. No obstante muchos están convencidos que algunos tienen en mente es un proceso de desmantelamiento del Sistema Público de Salud... “¿Quieres destruir un sistema? Primero, haz recortes. Así no funcionará, la población se enfadará y pedirá algo distinto. Es la técnica estándar para privatizar cualquier sistema” (N. CHOMSKY. *Requien por el sueño americano*, 2017). En el “negocio de la salud” las pezuñas del “mundo del dinero” cada vez van más lejos; pisan fuerte, sin ninguna consideración. Lo único que les importa es el mercado; tener contentos a los accionistas, no a los enfermos (Asalto y desmantelamiento del sistema público de salud (I). *Los Fondos de inversión. Domesticar a los médicos, maltratar a los pacientes*. www.peritajemedicoforense.com 10/abril/2019)...

Como se ha dicho, entre los *derechos de todo ser humano* se encuentra del derecho a la Salud (*Declaración Universal de Derechos Humanos*, 1948); tal derecho incluye “el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente” (OMS, *Salud y Derechos Humanos*, 29/12/2017, Datos y Cifras). Los términos subrayados hablan por si mismos. Oportuno, aceptable, calidad suficiente.... Así “oportuno” quiere decir que “se realiza

en las circunstancias o en un momento buenos para producir el efecto deseados”; ... (oportunidad: “conveniencia de tiempo y lugar” /diccionario RAE). Puede pensarse si puede aquí encontrar cabida la “pérdida de oportunidad” a la que con frecuencia aluden los tribunales en causas por mala práctica médica.

“La **doctrina jurisprudencial de la pérdida de oportunidad**, encuentra su mayor expresión en el ámbito sanitario... una técnica de imputación de responsabilidad que, de manera gradual y desde finales del siglo pasado, ha ido afianzándose en la praxis jurisprudencial de nuestros tribunales.... Dice así el Tribunal Supremo que «la denominada pérdida de oportunidad se caracteriza por la incertidumbre acerca de que la actuación médica omitida pudiera haber evitado o mejorado el deficiente estado de salud del paciente [o, en su caso, el fallecimiento], con la consecuente entrada en juego a la hora de valorar el daño así causado de dos elementos o sumandos de difícil concreción, como son el grado de probabilidad de que dicha actuación hubiera producido el efecto beneficioso, y el grado, entidad o alcance de éste mismo» (STS de 3 de diciembre del 2012, rec. 815/2012 y, en el mismo sentido, STS de 19 de octubre del 2011, rec. 5893/2006, y de 22 de mayo del 2012, rec. 2755/2010). (Ref.- La responsabilidad de la Administración por la pérdida de oportunidad en el ámbito sanitario BLANCA LOZANO CUTANDA).

CONCLUSIONES

- La llamada “consulta médica telefónica” está plagada de grandes lagunas, con un potencial de daño sumamente alto y por eso peligroso para el paciente: Y muy “resbaladizo” para la responsabilidad profesional. A esto hay que añadir el escasísimo tiempo para atender a cada paciente.

- Llegado el momento, ante un eventual *error diagnóstico*, alguien podrá reprochar al facultativo que si tenía dudas (telefónicamente en general son muchas y enormes) siempre tenía la posibilidad de indicar al paciente “véngase para aquí pues es preciso examinarle”. Pero esa disponibilidad se ve en la práctica muy limitada, cada vez más (tiempo de consulta muy escaso, falta de recursos humanos, etc.).

- La situación creada por la actual pandemia, junto a previos recortes de todo tipo, precariedad de personal sanitario (muy significativo, en general, en los servicios atención primaria) dejan poco margen de maniobra para una práctica asistencial con una mínima calidad.

- La tarea de los *especialista en Medicina de familia*, médicos de atención primaria, igualmente se ve obstaculizada por formas de relación laboral y contratación, como las impuestas frívolamente desde la administración sanitaria (movilidad, transitoriedad / alta tasa de temporalidad, inestabilidad, contratos precarios, trabajo por horas, días o pocas semanas) impidiendo el conocimiento de las personas al correspondiente cupo de pacientes.

Cuando un médico lleva años (a veces décadas) tratando a los de “su” cupo, se propicia un acercamiento en varios contextos (social, cultural, económico, laboral, vínculos afectivos en el seno del núcleo familiar) perfiles personales, familiares y sociales, esenciales para el tratamiento del *enfermo* (que requiere un entendimiento más allá de lo que es la enfermedad).

- Tampoco hay que olvidar la *fatiga mental* a la que están sometidos los propios facultativos, conscientes de la impotencia que les produce este nuevo modo de trabajar. La “nueva realidad” erosiona aún más su eficacia y rendimiento, además de repercutir en su propia salud.

- En términos de prudencia y rigor profesional (ineludible ante las personas enfermas) *realizar una consulta médica*, es un *proceso* que exige *orden y método, tiempo, proximidad y cercanía*, disciplina y requisitos que a través del hilo telefónico resultan imposibles de cumplir.

Distinto es hablar por teléfono con un paciente por diversos motivos, para un asesoramiento, consejo, una duda, calendario de vacunaciones, incidencias con la toma de un medicamento, evolución en el curso del tratamiento, confirmar una baja laboral, dar el resultado de un análisis (si es normal; si hay alteraciones se debe requerir su presencia) etc., y en este marco, *es posible* que sea un medio para solventar ciertas incidencias y evitar citas inútiles o/y desplazamientos gravosos para el paciente. En estos casos, y otros que servirían de ejemplo, sin duda el teléfono es un instrumento provechoso, o al menos una ayuda, cómodo para los pacientes, pudiendo instarse la comunicación ya por iniciativa del paciente o del propio médico, como cuando tiene interés en saber cómo sigue *su* paciente. No obstante existe el riesgo que dejarse cautivar por ciertas propuestas pudiendo traer consecuencias irreparables. Es por eso, que en cualquier caso, la primera consulta ha de ser presencial, y no se puede quedar acantonado en la consulta telefónica. Hay pacientes que muestran un entusiasmo momentáneo con esta atención, pero con el tiempo muchos de ellos se dan cuenta que ese recurso acota enormemente sus necesidades. Por supuesto, pero ya en otro orden, está claro que no se puede negar que los beneficios que inteligencia artificial como telemedicina para el seguimiento domiciliario de algunas patologías, alertando tempranamente en la presentación de incidencias que requieren una rápida intervención.

Considérese que cuando una persona acude al médico hay que tener en cuenta por una parte el motivo por el cual el paciente requiere al facultativo; por otra, no es cuestión menor, lo que a raíz de ese encuentro, lo que el facultativo, además, puede ver inicialmente por simple *observación profesional*, con independencia de lo que llevo al paciente a la consulta. Por ejemplo, una madre telefonea a la pediatra de su hijo, dice, “tiene unas pupas en la nariz”; la pediatra le indica que es mejor verlo personalmente. Ya en la consulta, además de la “pupas” referidas, la especialista, ante la presencia del niño, sospecha un hipogonadismo, como realmente así fue. Casos de este corte son incontables. /// De cualquier modo esos **intercambios verbales telefónicos** (y otras formas de “medicina de guerra”) no pueden equipararse con una **consulta médica**, que en su concepto científico conlleva unos requisitos sustanciales y formales. Otra cosa es que se aluda a la expresión “consulta médica telefónica” con banalidad o por comodidad discursiva.

- Lo anterior hace crecer la incertidumbre en el facultativo, al tiempo que fomenta la falta de confianza y la inquietud en el paciente. En un clima tan pervertido desde luego no queda sitio para el acto médico; *una confianza que va al encuentro de una conciencia*.
- Siendo así, la “consulta médica” telefónica aboca a una práctica sin garantías, marginando la prudencia y las actuaciones comedidas en el marco del orden y el *método clínico*, comprometiendo un *derecho fundamental* (ámbito territorial, como en la constitución de cada estado) y extensivamente un *derecho humano* (universalidad) cual es el *derecho a la salud*, que no ha de quedar detenido en “los buenos y píos deseos de la retórica constitucional” (GARRIDO FALLA) sino que en su sustantividad ha de plasmarse con plenitud.

Preocupa esta degradación... Además, imagínense que los ensayos con una incipiente y ocasional medicina a distancia, y distante, sirvan como puentes que progresivamente lleven a una práctica con robots humanoides... *C'est pas une boutade*.