



FUNDAMENTOS PARA LOS LINEAMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LA TELEMEDICINA Y TELESALUD EN CHILE

Bien Público Estratégico para la Competitividad
CORFO InnovaChile - Código Proyecto 18BPE-93834

1 de diciembre 2020 - Segunda Edición

MANDANTE

FINANCIADO POR



EJECUTORES



AGRADECIMIENTOS

Estos fundamentos son el resultado del trabajo que ha sido llevado a cabo con la participación y colaboración de muchos profesionales, expertos nacionales e internacionales. Además de las entidades ejecutoras y del mandante de este proyecto, el Ministerio de Salud de Chile, MINSAL, el proyecto ha contado con el aporte de profesionales, organizaciones, actores, partes y representantes de la comunidad que han contribuido de forma significativa en las distintas etapas y actividades a lo largo de su desarrollo.

Han participado en la redacción y edición los siguientes profesionales de las universidades ejecutoras: Dra. Angélica Avendaño (UDEEC), Felipe Parada (UDEEC), Adriana Ribeiro (UDEEC), Juan Alberto Lecaros (UDD), Gonzalo López (UDD), Michael Braun (UDD), Macarena Hirmas (UDD), Dr. Alejandro Mauro (UDD), Dr. Jaime de los Hoyos (UDD) y Maurizio Mattoli (UDD). También colaboraron, junto con los equipos de los ejecutores: Alejandra Cordero, Juan Ernesto Sepúlveda, Jacqueline Eyraud y Francisco Schmidt.

El equipo de expertos internacionales que han colaborado generosamente a lo largo del proyecto ha estado conformado por el Dr. Pedro Ramos, Profesor, Investigador Asociado del Centro de Investigación y Docencia Económica, CIDE (México), el Dr. Sergio Pillón, Coordinador de la *Commissione Tecnica Paritetica per lo sviluppo della telemedicina Nazionale* (Italia) y el Dr. James Marcin, Director del *Center for Health & Technology UC Davis Health* (Estados Unidos).

Las Jefaturas y profesionales del Departamento de Salud Digital del Ministerio de Salud que han participado de las mesas técnicas, liderados respectivamente por el Dr. Héctor Fuenzalida (2019) y por la Dra. María José Letelier (2020), estuvieron integrados por Amaya Muñoz, Ana Duarte, Carolina Jerez, Cristián Igor, Francisca García, Eva Guzmán, Juan Pablo Olmos, Marcela Cortés, Valentina Espinoza, Vezna Sabando, María José González, Felipe Gutiérrez, Carolina Ibáñez, Dr. Rodrigo Martínez (DIGERA) y Manuel Arriagada (DIGERA).

Los ejecutores del proyecto agradecen las cartas de interés y apoyo del proyecto recibidas por parte de FONASA, Servicio de Salud Arauco, Agrupación Médicos Generales de Zona del Colegio Médico de Chile A.G., Red Iberoamericana de Salud Digital (RISAD), *Telemedicine Development Center Of Asia* (TEMDEC), Red Universitaria Nacional (REUNA), Asociación Chilena de Informática en salud (ACHISA), Centro Nacional de Sistemas de Información en Salud (CENS)

y Chiletec. También un reconocimiento y agradecimiento particular a las organizaciones indicadas a continuación, que han proporcionado una retroalimentación respecto del primer borrador del documento o de la primera edición según el caso: el Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile, la Asociación de Dispositivos Médicos de Chile A.G. (ADIMECH), ITMS Telemedicina de Chile y el Centro Nacional de Sistemas de Información en Salud (CENS).

Un reconocimiento también por las contribuciones de Gerardo Vergara (Unidad de Teleprocesos del Hospital Las Higueras - Talcahuano), Cecilia Rodríguez (Fundación MeMuevo), Dra. Alejandra Lozano (Comando de Salud del Ejército), Blanca Velasco (Asociación Economía de la Salud Chile), Luis Osorio (Chiletec), Alejandra García (CENS), Viviana Torres (CENS) y Felipe Zúñiga (Departamento Desarrollo de Productos, FONASA).

Finalmente se desea expresar también un agradecimiento a más de ciento cincuenta profesionales y representantes de distintas entidades, organizaciones y empresas que han participado de los ciclos de talleres y en los eventos de difusión y retroalimentación con la comunidad que han tenido lugar durante el año 2019.

INTRODUCCIÓN	5
1. OBJETIVO Y ENFOQUE	13
2. GLOSARIO	21
3. CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TELESALUD	46
4. MARCO REGULATORIO Y PRINCIPIOS PARA UNA <i>LEX ARTIS</i> TELEMÉDICA	60
ANEXO 1 – PROPUESTA DE ESTRUCTURA DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELEMEDICINA	96
ANEXO 2 – PROPUESTA DE MODELO DE DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TELECONSULTA	98
5. BUENAS PRÁCTICAS EN TELEMEDICINA Y TELESALUD: ESTÁNDARES DEL CUIDADO, ORGANIZACIÓN, RECURSOS HUMANOS, TECNOLOGÍAS, CALIDAD Y EVALUACIÓN	100
6. INSTRUMENTOS DE FINANCIAMIENTO	114
7. TELE-EDUCACIÓN EN SALUD	121

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud en el mundo están sufriendo un incremento tanto de la demanda como del gasto, debido entre otros aspectos, al aumento y envejecimiento poblacional. Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la media del gasto público destinado a salud es del 10% del producto interno bruto (PIB), previendo que alcance el 27% en 2050 [1]. En contraste, en la Región de las Américas este se encuentra alrededor del 4% y se estima un aumento a 9,4% para el 2050 [2]. En paralelo, se observan importantes problemas de equidad en el acceso a atención sanitaria donde una proporción de la población enfrenta barreras económicas, geográficas, culturales, demográficas, y otras, resultando con necesidades de salud insatisfechas [3]. Chile no está ajeno a esta realidad y si bien durante los últimos 90 años ha existido un avance en estas materias, aún se mantienen limitaciones estructurales que obstaculizan este desarrollo y generan barreras e inequidad en la cobertura de salud, impactando en los indicadores sanitarios [4]. Bajo este escenario, las tecnologías digitales se convierten en un elemento fundamental que puede contribuir a descongestionar los sistemas de salud y mejorar el acceso a servicios sanitarios.

A nivel mundial, el uso de tecnologías digitales para la salud se ha convertido en un área ampliamente desarrollada que busca responder a las necesidades sanitarias existentes [3]. En 2018, la Asamblea Mundial de la Salud reconoció el valor de las tecnologías digitales para contribuir al avance de la Cobertura Universal de Salud. En la resolución WHA 71/A del 21 mayo 2018 [5], se instó a los ministerios de salud a evaluar el uso de tecnologías digitales para la salud y dar prioridad, según proceda, al desarrollo, evaluación, implementación, ampliación y mayor uso de estas tecnologías [3].

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en salud ofrecen la oportunidad de innovar y rediseñar los procesos y modelos de atención sanitaria en Chile. Esto debido a que tienen el potencial de mitigar las barreras de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad geográfica, administrativa y financiera que caracterizan al país. A su vez, permiten abordar el desafío que presenta la distribución no uniforme de la población en Chile sumado al déficit de profesionales médicos comparado con el promedio de los países OCDE; y por último, contribuyen a mejorar el acceso, cobertura, oportunidad de la atención, eficiencia y calidad del sistema de salud, tanto público como privado [3]. La Telemedicina es un ejemplo de ello,

una modalidad que permite mejorar la comunicación y el contacto entre el paciente y el sistema de salud, y la colaboración entre profesionales de la salud, contribuyendo al logro de los objetivos sanitarios (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento).

Si bien Chile ha presentado significativos avances en materia de telemedicina durante los últimos 14 años [6], y con la pandemia COVID-19 ha visto acelerado su crecimiento, su desarrollo es en realidad aún incipiente [7].

Es por esto que se requiere contar con lineamientos basados en el conocimiento y buenas prácticas existentes, que se adapten al particular contexto regulatorio y financiero en Chile aplicable a la modalidad telemédica. Es necesario además, que se rijan bajo un marco de calidad, seguridad y ética, constituyéndose como una herramienta práctica para implementadores, prestadores, financiadores, aseguradores, reguladores, académicos, investigadores y otros actores del sector salud.

Surge en este contexto el presente trabajo, que ha sido posible gracias al cofinanciamiento proporcionado por InnovaChile Corfo a través del instrumento de Bien Público Estratégico (código proyecto 18BPE-93834). Su elaboración ha sido llevada a cabo por el Centro de Informática Biomédica y el Observatorio de Bioética y Derecho, pertenecientes al Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Universidad del Desarrollo, en conjunto con la Unidad de Telemedicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, el UC Davis Life Sciences Innovation Center Chile y el Ministerio de Salud de Chile, el que ha actuado también como mandante del proyecto. Contó con la colaboración además de una extensa comunidad de expertos nacionales e internacionales, organizaciones, profesionales y otros actores que también han contribuido de manera significativa a su desarrollo.

En adelante, cada vez que se mencione la palabra “lineamientos” para referirse a este documento, debe leerse “Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile”.

Método de trabajo

A continuación, se describen algunos aspectos contextuales, metodológicos y procedimentales que llevaron al desarrollo de estos lineamientos.

Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile
Bien Público Estratégico 18BPE-93834 Corfo InnovaChile - Segunda Edición

Durante el proyecto, el mandante tuvo tres cambios ministeriales con sus respectivos equipos técnicos. A lo anterior, se sumó, la pandemia por COVID-19. En este contexto se introdujeron importantes ajustes metodológicos, redefinición y ordenamiento de las actividades con los distintos actores y participantes, organizando el trabajo en dos ciclos que se detallan a continuación.

Primer Ciclo “Pre COVID-19”

Durante este primer ciclo se desarrollaron dos series de actividades de aproximadamente 5 meses de duración cada una, las que terminaron con la primera mesa técnica con el mandante. Los temas abordados en la primera serie fueron el glosario y la caracterización de los escenarios. Los temas abordados en la segunda serie fueron calidad, estándares, el marco regulatorio y financiamiento. Las actividades de cada serie consistieron en: 1) Revisión de literatura y experiencias nacionales e internacionales; 2) Primera interacción y análisis con expertos nacionales e internacionales, 3) Talleres con actores relevantes de la comunidad; 4) Segunda interacción y análisis con expertos nacionales e internacionales; y 5) Talleres con actores relevantes de la comunidad. El resultado fue llevado a la primera mesa técnica con el Ministerio de Salud y producto de ello se generó el primer borrador de los lineamientos. El diagrama (Fig. 1) a continuación detalla el ciclo.



Fig. 1 - Primer ciclo de trabajo “pre COVID-19”

Para las dos series previas a la mesa técnica con el Ministerio, la estructura general del trabajo fue la que se ilustra en el diagrama siguiente (Fig. 2). Las fases de la serie (algunas iterativas) se describen con mayor detalle a continuación.

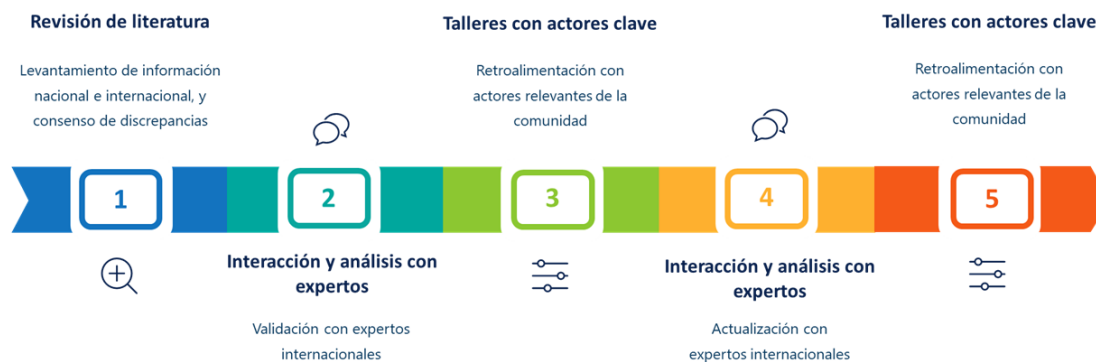


Fig. 2 – Fases de cada serie del primer ciclo

Revisión de literatura nacional e internacional (Fase 1)

Se desarrolló una revisión de la literatura nacional e internacional, relacionada con cada uno de los temas previstos para la serie. Estas revisiones fueron conducidas por los equipos técnicos y expertos a cargo del desarrollo de estos lineamientos, tanto de la Universidad de Concepción como de la Universidad del Desarrollo. Esta revisión fue desarrollada de forma paralela e independiente por cada equipo. Luego, se revisaron los respectivos hallazgos y se consensuaron los principales aspectos que debían ser sometidos a los expertos internacionales.

Interacción y análisis con expertos internacionales (Fases 2 y 4)

Los principales hallazgos y conclusiones preliminares respecto de los temas abordados en cada serie, las que surgieron de la fase de revisión (fase 1) y las que surgieron de los talleres (fase 3), fueron sometidas a consulta con los expertos internacionales de México, Italia y Estados Unidos que participaron del proyecto (ver “Agradecimientos”) a través de videoconferencias. La dinámica de las sesiones consistió en revisar los principales hallazgos y temas provenientes de la fase anterior en torno a rondas de preguntas preestablecidas y discusión de las mismas. Adicionalmente, a medida que surgían nuevas interrogantes, estas también fueron sometidas a discusión y análisis. Los expertos dieron recomendaciones a partir de sus contextos nacionales, explicando cómo se han abordado, desarrollado y resuelto estos temas en sus respectivos países, con qué dificultades y barreras se han encontrado, y qué facilitadores les han permitido llevar a cabo estas iniciativas, lo que permitió avanzar hacia algunas conclusiones preliminares respecto de la realidad de Chile.

Talleres con actores relevantes de la comunidad (Fases 3 y 5)

Una vez sistematizados los consensos de las fases anteriores, y su adaptación a la realidad chilena, se llevaron a cabo un total de cuatro talleres de trabajo con actores clave de la comunidad con el objetivo de entregar y recibir retroalimentación de lo desarrollado hasta ese momento y también para poder conocer más de la realidad de Chile. La comunidad estaba compuesta por representantes de prestadores de salud, representantes de pacientes, tomadores de decisión, desarrolladores de tecnologías en salud, financiadores, prestadores de salud que utilizan telesalud y personas naturales interesadas. Cada taller contó con una participación de entre 30 a 60 participantes. El trabajo con la comunidad se dio en un ambiente enriquecedor y de colaboración recíproca, donde cada instancia permitió instaurar un diálogo sobre las temáticas y un aprendizaje mutuo. Los hallazgos e inquietudes que surgieron de estos encuentros fueron incorporados a las siguientes interacciones con los expertos nacionales e internacionales que participaron en el proyecto y contribuyeron a orientar las conclusiones, alimentando finalmente la redacción preliminar de cada capítulo que luego fueron llevados a la primera mesa técnica con el MINSAL.

Primera Mesa Técnica con el Ministerio de Salud

Cuando las dos series de actividades correspondientes al ciclo pre COVID-19 finalizaron, se dio inicio en agosto de 2019 a la primera mesa técnica con el Ministerio de Salud, en particular con el recién creado Departamento de Salud Digital, dependiente de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esta mesa finalizó en octubre de 2019 generando el primer borrador de los lineamientos que se compartió con el Ministerio a inicios de diciembre 2019.

Cierre del Primer Ciclo

El mismo borrador del documento fue compartido también con la comunidad que había participado en los talleres y fue presentado públicamente a través de un *workshop* que tuvo lugar en el Congreso Internacional de Telemedicina, Telesalud y Salud Digital que se desarrolló en Concepción el 7 de diciembre 2019. Además, fue compartido con diferentes actores, entre los cuales están representantes o interlocutores del Departamento de Ética del Colegio Médico, ADIMECH, FONASA, ITMS y CENS, a quienes se solicitó su revisión y retroalimentación.

Segundo ciclo “Durante COVID-19”

En el mes de abril 2020 se recibió la retroalimentación del Ministerio de Salud al primer borrador, a partir de ello se dio inicio a un segundo ciclo de trabajo que se desarrolló durante el período COVID-19. El diagrama (Fig. 3) a continuación ilustra este segundo ciclo.



Fig. 3 - Segundo ciclo de trabajo “durante COVID-19”

Los ejecutores del proyecto revisaron la retroalimentación del Ministerio de Salud y prepararon las bases para sostener la segunda mesa técnica con el Ministerio, incorporando además las lecciones aprendidas y las actualizaciones regulatorias que se dieron en el período producto de la pandemia.

Segunda Mesa Técnica con el Ministerio de Salud

Entre los meses de agosto y septiembre 2020 se llevó a cabo la segunda mesa técnica con el Ministerio, donde, en conjunto, se trabajaron los aspectos e inquietudes más importantes que habían sido identificadas respecto de cada tema. El trabajo finalizó con la elaboración de un segundo borrador del documento que fue compartido con el Ministerio de Salud en septiembre 2020 para revisión y comentarios hasta finales de octubre 2020.

Cierre del Segundo Ciclo

Atendidas las últimas observaciones y comentarios, se cerró la primera edición del presente documento que representó la primera versión publicada de los “Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile” y luego un breve proceso de revisión y actualización que generó esta segunda edición.

Siguientes pasos

Están programadas al menos dos actualizaciones adicionales del presente documento durante los próximos 18 meses, las que serán anunciadas a la comunidad a través del sitio web del proyecto (<https://lineamientostelesalud.cl>) y también a través de otros medios de comunicación.

Referencias

- [1] de Torres S. Salud digital para el mundo globalizado. *Política Exterior*. 2015;29(166):138-45.
- [2] Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, editor. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *The Lancet*. 2019;393(10187):2233-60. [doi:10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4)
- [3] World Health Organization, editor. WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>
- [4] Aguilera Sanhueza X, Castillo Laborde C, Nájera De Ferrari M, Delgado Becerra I, Ibáñez C. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001676. [doi:10.1371/journal.pmed.1001676](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001676)
- [5] Organización Mundial de la Salud, editor. Salud Digital. Geneva; 2018. (71.ª Asamblea Mundial de la Salud). WHA71.7. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-sp.pdf
- [6] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635>

Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile
Bien Público Estratégico 18BPE-93834 Corfo InnovaChile - Segunda Edición

[7] WHO Global Observatory for eHealth, editor. Atlas of eHealth country profiles: The use of eHealth in support of universal health coverage. Based on the findings of the third global survey on eHealth 2015. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565219>

1. OBJETIVO Y ENFOQUE

1.1 Objetivo de los lineamientos

Los presentes Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile tienen como objetivo la provisión de un insumo para facilitar y acelerar los procesos de innovación del sistema de salud público y privado del país, y con ello contribuir a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, en particular en relación con el acceso, oportunidad y eficiencia del sistema. Proporcionan un glosario de definiciones, un modelo de caracterización de los escenarios de telesalud, el marco regulatorio aplicable en Chile actualmente, un conjunto de buenas prácticas, recomendaciones y otros elementos que apuntan a facilitar la implementación, el desarrollo y la evaluación de las prestaciones y servicios en esta modalidad en Chile. Se espera que estos insumos puedan ser asimilados como prácticas normales integradas y en apoyo al sistema de salud dentro de un marco de calidad y seguridad.

1.2 El rol de la telesalud

Según el avance de las tecnologías, las condiciones del entorno o del contexto donde se encuentra el paciente, su situación o condición clínica, las necesidades de salud y otros factores, los servicios de telemedicina tienen el potencial tanto de *extender* el alcance de determinados servicios, por ejemplo, hacia lugares y contextos donde no puede llegar el cuidado presencial, ya sea por razones geográficas, logísticas o de uso racional de los recursos, como también de *complementar* una cartera de servicios de un sistema de salud. Cabe señalar, además, que para algunas prestaciones y en determinados escenarios y situaciones, la telemedicina y telesalud incluso permiten *reemplazar* determinadas atenciones presenciales. Esto puede ocurrir cuando los beneficios superan los riesgos y estas atenciones se enmarcan dentro de una gestión asistencial integrada para recabar información que permite tomar decisiones diagnóstico-terapéuticas de forma oportuna y eficiente, o en algunas de las situaciones en las que la capacidad de los servicios de salud puede verse sobrepasada por la demanda. Las teleconsultas de control o las teleconsultas de evaluación durante períodos de pandemia son un ejemplo de ello [1-2].

1.3 Enfoque, alcance, criterios y nivel de aplicación de los lineamientos

El eje conductor de estos lineamientos está relacionado con la gestión del riesgo, para lo cual se realiza un análisis por escenarios con particular enfoque en aquellos aspectos que cambian cuando, a través de las tecnologías de la comunicación e información, se introducen servicios dirigidos a superar las barreras de distancia, ya sea entre los pacientes y los equipos de salud, o entre los miembros de los equipos de salud.

Frente a la amplia variedad de escenarios y diferentes roles que puede tomar la telesalud, estos lineamientos no pretenden ser exhaustivos ni tampoco abordar cada una de las situaciones, áreas, especialidades o prestaciones posibles. Se mantienen, por lo tanto, a un nivel general y lo hacen centrándose en los resultados y en los beneficios esperables para los pacientes y el sistema de salud como un todo. En este sentido, se presentan como un complemento de las buenas prácticas y estándares del cuidado de la salud, para que puedan ser utilizados cada vez que se hace uso de las tecnologías de la información y comunicaciones en la provisión de servicios y atenciones de salud a la distancia. Además de ser un insumo para que la telesalud y la telemedicina puedan pasar a formar parte de la cartera de servicios de un prestador, una red o un sistema de salud dentro de un marco de calidad y seguridad.

Para la selección y desarrollo de los contenidos abordados, se han tenido en cuenta un conjunto de principios y criterios. Por un lado, los de analogía y complementariedad, apuntando el primero a que cada vez que sea posible establecer una analogía entre el cuidado presencial y el cuidado a la distancia, así se ha hecho. Por ejemplo, cuando se establece que una teleconsulta corresponde a una consulta a la distancia, por analogía, se le deben aplicar aquellos resguardos, medidas, prácticas y normas iguales o muy parecidas a las que aplican o son requeridas en el ámbito clínico-asistencial presencial. A su vez, la complementariedad significa tener en cuenta además aquellos aspectos que son necesarios para cautelar el impacto del factor distancia. Se ha seguido también un criterio de utilización del conocimiento ya existente, incorporando recomendaciones que provienen de marcos, lineamientos y buenas prácticas ya documentadas tanto a nivel nacional como internacional, las que han sido adaptadas para Chile. Por otro lado, a pesar de que estos mismos lineamientos proponen una visión por escenarios con el fin de poder caracterizar con mayor especificidad los diferentes contextos y servicios de telesalud que pueden darse, se ha optado por mantener estos lineamientos a un nivel general, para que puedan servir como una

orientación aplicable a múltiples áreas o especialidades y para diferentes prestaciones de telesalud.

1.4 El impacto de la distancia

El continuo y rápido avance de las tecnologías y la disponibilidad de nuevas herramientas, trae consigo nuevas posibilidades, beneficios y también nuevos riesgos y desafíos que nos llaman a analizar estos fenómenos desde múltiples perspectivas. Por esta razón, este trabajo se enfoca en aquellos aspectos que cambian o se alteran cuando introducimos el factor distancia entre los pacientes y los equipos de salud o entre los equipos de salud, utilizando tecnologías de la información y comunicación.

Es posible que en un futuro próximo el avance de las tecnologías nos lleve a lograr que no existan diferencias ni limitaciones significativas respecto de servicios brindados a la distancia, o que la entrega del cuidado de la salud en esa forma sea considerado sencillamente parte del cuidado, como un todo, sin necesidad de introducir el prefijo “tele” como un discriminante significativo. Sin embargo, mientras existan diferencias y limitaciones, es importante estar conscientes e informados de ellas para poder abordarlas, dentro de una adecuada gestión del riesgo, así como también conocer los beneficios y ventajas que pueden brindar.

A continuación, se describen los principales aspectos asociados al impacto de la distancia, los que se ha propuesto clasificar en dos categorías.

1.4.1 Impacto de la distancia física

Aquellos aspectos o desafíos que se determinan directamente por el hecho de existir distancia física (geográfica), ya sea entre el paciente y los miembros del equipo de salud o entre los miembros del equipo de salud, y que habitualmente no existirían –o no se darían con la misma intensidad– en los contextos del cuidado presencial. Señalamos a continuación los principales.

1. **Canales de comunicación:** en la modalidad a distancia es a menudo un desafío identificar explícitamente y establecer (o restablecer) todos los canales de comunicación que existen en la atención presencial. No solamente los canales más conocidos, explícitos, evidenciados, levantados y documentados formalmente para asegurar la continuidad de la atención y una adecuada integración de los procesos,

sino que también aquellos canales menos explícitos o conocidos, pero que existen en la realidad del cuidado presencial y que a menudo, además, son aquellos canales que permiten informar, resolver y abordar algunos problemas o situaciones fuera de la norma o de lo habitual que pueden darse en la realidad.

2. **Seguridad de la información:** en los contextos de telesalud la información –que por lo demás es personal y sensible– “viaja” más allá del lugar físico de donde se encuentran los actores involucrados en dicho intercambio. Cabe destacar que la información transita por diferentes medios, sistemas y redes de telecomunicaciones que a menudo, además, son manejadas por terceros, utilizando incluso canales, medios físicos e infraestructura compartida de diferentes maneras con otros usuarios. De esta forma, los contextos telemédicos abren en general un escenario de mayor riesgo en lo que concierne a la protección y seguridad de la información, al menos en relación con uno de los tres estados en los que la información puede encontrarse, a saber, cuando está en tránsito.

3. **Identificación, autenticación y autorización de los actores que participan:** la noción y certeza de qué paciente está siendo atendido, por qué miembro del equipo de salud, en qué ficha clínica se revisará y registrará información del encuentro de la prestación y de si los miembros del equipo de salud cuentan con las habilitaciones profesionales para ejercer las prestaciones que brindan, son algunos de los aspectos que en el cuidado presencial generalmente se resuelven implícitamente por la presencialidad en un establecimiento o de todas formas por el contacto e interacción física directa entre los actores que participan. En cambio, para asegurar estos aspectos en los contextos a la distancia o virtuales, se deben llevar a cabo mecanismos y procesos adecuados de identificación, autenticación y autorización de los actores.

4. **Limitaciones en las evaluaciones clínicas, información y calidad de las mediciones realizables a distancia:** a pesar de los importantes y continuos avances de la ciencia, el conocimiento y las tecnologías disponibles, existen todavía algunas limitaciones significativas, por ejemplo, para realizar un examen físico completo a distancia. Por otra parte, en esta modalidad los escenarios de servicio implican la participación de un centro o lugar de origen de una solicitud, que corresponde generalmente al lugar con menos recursos y competencias comparado con el centro de destino de la solicitud. Se debe entonces prestar particular atención para asegurar que en el origen se realice

una adecuada captura y transmisión de la información. Estas medidas son particularmente relevantes cuando, por ejemplo, se trata de la toma de exámenes, mediciones, uso y operación de determinados equipos, dispositivos y software que resulten “operador dependiente”, por lo que requieren competencias particulares y capacitación para un uso adecuado.

5. **Relación entre paciente y equipo de salud, información y consentimiento del paciente:** la distancia física puede afectar la relación entre las partes en varias dimensiones. Desde la noción de qué está realmente ocurriendo en cada extremo de la comunicación en todo momento, al abordaje y gestión de la información que debe entregarse al paciente en el proceso de consentimiento informado, a saber, en qué consistiría una determinada prestación de telesalud, qué puede esperar el paciente de ella, conocer las limitaciones, beneficios y riesgos relacionados con la distancia, el estado actual de avance y posibilidades de las tecnologías y el hecho de que la información del paciente pasará a ser transmitida y tratada también por terceros que no se encuentran en ese lugar o establecimiento donde está el paciente. Así como corresponde también preguntarse si una prestación a la distancia podría ser adecuada para el paciente en consideración a su cultura, costumbres y creencias; si pudiera haber una afectación o modificación de su relación con el equipo de salud en un sentido u otro y el grado de capacidad o alfabetización digital del paciente y de otros eventuales actores locales para interactuar con medios tecnológicos.

6. **Beneficios y ventajas que pueden darse producto de la distancia:** sin perjuicio del potencial para brindar atenciones de forma más oportuna, que podría darse en caso de un adecuado diseño, implementación y asignación de recursos, existe abundante evidencia sobre el hecho de que la modalidad a distancia, en muchos contextos, permite la disminución o eliminación de traslados o viajes innecesarios, con todos los costos y riesgos asociados, ya sea del paciente o de los equipos de salud. A esto se suma, la reducción de la probabilidad de contraer infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), al disminuir la asistencia presencial del paciente a algunos de los centros de salud, beneficio que se ha podido apreciar y utilizar en particular durante el período de alerta sanitaria por COVID-19. Se observan además otros beneficios cuando se utilizan medios tecnológicos para la comunicación a distancia con el equipo de salud, por ejemplo, escenarios en los que las personas tienden a proporcionar más información en un encuentro o interacción virtual que en uno presencial [3-7]. También

se aprecian experiencias significativas en determinados escenarios y casos que son atendidos a través de una teleconsulta, al poder observar cómo el paciente interactúa en su ambiente natural, por ejemplo, el hogar, con los familiares y los cuidadores, que son escenarios en los que las teleconsultas logran proporcionar información adicional respecto de la que se podría obtener de una visita presencial ambulatoria [8].

1.4.2. Impacto de la distancia organizacional

Aquellos impactos que se determinan, no solamente por una distancia física, sino que en particular por una “distancia” o separación de carácter organizacional. Cada vez que, por ejemplo, los centros, establecimientos o entidades de salud que proporcionan servicios de salud a la distancia disponen de una menor información y un menor control sobre los centros o lugares de origen de una solicitud o necesidad de salud. Señalamos a continuación los principales.

1. **Registro, acceso e historia clínica compartida:** en la realización de un acto o prestación de salud a la distancia, puede verse acrecentado el desafío de la integración de los sistemas de información y la posibilidad de acceso al registro e historia clínica por parte de los diferentes prestadores, establecimientos, organizaciones o redes involucradas en las atenciones de salud, generando a menudo nuevos silos de información, los que pueden dificultar la coordinación y continuidad de la atención. Surgen nuevas interrogantes y desafíos sobre cómo y dónde habría que registrar, notificar, mantener, integrar y gestionar el registro clínico de los pacientes, no solamente porque origen y destino corresponden en general a centros y niveles de atención diferentes, que requieren una oportuna integración de procesos y de sistemas para acompañarlos, sino que, además, porque en ocasiones origen y destino pueden ser organizaciones o redes de salud diferentes, que funcionan con criterios, sistemas, reglas y protocolos diferentes o no del todo compatibles e integrables.
2. **Control y aseguramiento de las condiciones físicas de seguridad y privacidad tanto en origen como en destino:** si bien esta es una preocupación en cualquier contexto asistencial, la amplia variabilidad de entornos físicos que pueden darse en las modalidades a la distancia y el hecho de que los establecimientos de destino generalmente tienen menos control organizacional sobre los centros o lugares de origen (donde se encuentra el paciente), puede resultar difícil el control y

mantenimiento de los aspectos de la seguridad física y la privacidad de un paciente en todo momento.

3. **Noción de los recursos disponibles e información sobre el contexto local (origen):** al existir una separación física y organizacional entre el centro de origen y el prestador en el centro de destino o de referencia, aumenta la probabilidad que no se tenga conocimiento completo y actualizado de los recursos disponibles en el origen, ni de la información relevante del contexto local en el cual se encuentra el paciente o los profesionales de la salud a cargo del paciente. Por ej. información epidemiológica, determinantes locales, arsenal farmacológico y medios diagnósticos-terapéuticos disponibles. Lo anterior podría aumentar el riesgo de que algunas decisiones o indicaciones a la distancia no sean óptimas y/o no puedan ser llevadas a cabo del todo si no se tienen en cuenta la situación, el contexto y los recursos realmente disponibles localmente.

Referencias

[1] Organización Panamericana de la Salud, editor. Teleconsulta durante una Pandemia. Washington, DC; 13 de abril de 2020. (COVID-19 Factsheets). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52007>

[2] Kadir MA. Role of Telemedicine in Healthcare during the COVID-19 Pandemic in the Developing Countries. *Telehealth and Medicine Today*. 2020;5(2). [doi:10.30953/tmt.v5.187](https://doi.org/10.30953/tmt.v5.187)

[3] Lancaster K, Abuzour A, Khaira M, Mathers A, Chan A, Bui V, et al. The Use and Effects of Electronic Health Tools for Patient Self-Monitoring and Reporting of Outcomes Following Medication Use: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018;20(12):e294. [doi:10.2196/jmir.9284](https://doi.org/10.2196/jmir.9284)

[4] Chalmers JA, Sansom-Daly UM, Patterson P, McCowage G, Anazodo A. Psychosocial Assessment Using Telehealth in Adolescents and Young Adults With Cancer: A Partially Randomized Patient Preference Pilot Study. *JMIR Res Protoc*. 2018;7(8):e168. [doi:10.2196/resprot.8886](https://doi.org/10.2196/resprot.8886)

[5] Deloitte Center for Health Solutions (editor), Betts D, Korenda L, Giuliani S. Are consumers already living the future of health? Key trends in agency, virtual health, remote monitoring, and data-sharing. Deloitte Development LLC; 2020. (Deloitte Insights). Disponible en:

Fundamentos para los Lineamientos para el desarrollo de la Telemedicina y Telesalud en Chile Bien Público Estratégico 18BPE-93834 Corfo InnovaChile - Segunda Edición

https://www2.deloitte.com/content/dam/insights/us/articles/6851_Consumer-survey-and-FOH/DI_Consumer-survey-and-FOH.pdf

[6] Lima ICV, Galvão MTG, Pedrosa SC, Farias OO, Silva CAC, Cunha GH. Instant messaging application for the care of people living with HIV/aids. Rev Bras Enferm. 2019;72(5):1161-6. [doi:10.1590/0034-7167-2017-0698](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0698)

[7] Mars M, Morris C, Scott RE. Selfie Telemedicine: What Are the Legal and Regulatory Issues? Studies in Health Technology and Informatics. 2018; Volume 254: Transforming Healthcare Through Innovation in Digital Health:53-62. [doi:10.3233/978-1-61499-914-0-53](https://doi.org/10.3233/978-1-61499-914-0-53)

[8] Kassakian SZ. Telemedicine: From Perpetual Pilot to Full-Blown Transformation in Three Weeks. [Blog] Health Data, Information and Action. 2 de junio de 2020. Disponible en: <https://blogs.ohsu.edu/health-data/2020/06/02/telemedicine-from-perpetual-pilot-to-full-blown-transformation-in-three-weeks/>

2. GLOSARIO

Códigos y abreviaturas utilizadas

n/d: no disponible

(en): código ISO 639-1 para identificar idioma inglés u otros idiomas diferentes al español.

Términos, sinónimos y definiciones de estos lineamientos

Término	Consulta electrónica
Sinónimos	Econsulta; <i>evisit</i> (en); <i>asynchronous virtual visit</i> (en)
Definición	Corresponde a una consulta a la distancia con intercambio de información realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones en modalidad asincrónica (diferida) entre un paciente y un miembro del equipo de salud.
Área	Telemedicina
Referencias	<p>Dixon RF, Rao L. Asynchronous Virtual Visits for the Follow-Up of Chronic Conditions. <i>Telemedicine and e-Health</i>. 2014;20(7):669-72. doi:10.1089/tmj.2013.0211</p> <p>National Consortium of Telehealth Resource Centers, editor. What is Telehealth? Context for Framing Your Perspective. 2019. Disponible en: https://www.telehealthresourcecenter.org/wp-content/uploads/2019/06/2019-Framing-Telehealth.pdf</p> <p>Fernández OS, Seguí FL, Vidal-Alaball J, Bonet Simo JM, Vian OH, Cabo PR, et al. Primary Care Doctor Characteristics That Determine the Use of Teleconsultations in the Catalan Public Health System: Retrospective Descriptive Cross-Sectional Study. <i>JMIR Med Inform</i>. 2020;8(1):e16484. doi:10.2196/16484</p>

Término	Consultoría electrónica
Sinónimos	<i>Electronic consultation</i> (en); <i>econsult</i> (en); <i>e-consult</i> (en)
Definición	Corresponde al intercambio de información, opiniones y sugerencias sobre un caso clínico entre miembros del equipo de salud a la distancia, realizadas a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones en modalidad asincrónica (diferida). El apoyo es solicitado por un miembro del equipo de salud en su calidad de tratante a otros profesionales de la salud, sin la presencia o participación directa del paciente durante dicho intercambio. Esta actividad no transfiere el cuidado ni la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas a los profesionales consultados.
Área	Telemedicina
Referencias	<p>Vimalananda VG, Gupte G, Seraj SM, Orlander J, Berlowitz D, Fincke BG, et al. Electronic consultations (e-consults) to improve access to specialty care: A systematic review and narrative synthesis. <i>Journal of Telemedicine and Telecare</i>. 2015;21(6):323-30. doi:10.1177/1357633X15582108</p> <p>Chang Y, Carsen S, Keely E, Liddy C, Kontio K, Smit K. Electronic Consultation Systems: Impact on Pediatric Orthopaedic Care. <i>Journal of Pediatric Orthopaedics</i>. 2020;40(9):531-5. doi:10.1097/BPO.0000000000001607</p> <p>Ministerio de Salud, editor. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Gobierno de Chile; 2016. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p>

	<p>Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, editores. Manual Series REM 2020: Versión 1.1. Gobierno de Chile; 2020. Disponible en: http://estadisticas.ssosorno.cl/estadisticas/2020/manuales/Manual%20Series%20REM%20V1.1.pdf</p> <p>National Consortium of Telehealth Resource Centers, editor. What is Telehealth? Context for Framing Your Perspective. 2019. Disponible en: https://www.telehealthresourcecenter.org/wp-content/uploads/2019/06/2019-Framing-Telehealth.pdf</p>
--	---

Término	Destino (centro o sitio de)
Sinónimos	Referencia (centro de); sitio o establecimiento destino; sitio “hub”; centro consultor; hospital de referencia; sitio remoto (*)
Definición	<p>Centro o sitio hacia el cual se dirige una solicitud, consulta, necesidad o demanda de servicio en modalidad telemédica. El lugar donde se encuentra -o a través del cual responde- el equipo de salud cuyo conocimiento o experticia es solicitado desde el centro de origen.</p> <p>(*) En algunas implementaciones es denominado “sitio remoto”, sin embargo, los presentes lineamientos no recomiendan el uso de este término por su relatividad respecto de dónde se “coloque” el observador y también porque se utiliza a veces para indicar el centro de origen.</p>
Referencias	<p>Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, editores. Telemedicina. 2.ª ed. México; 2011. (Serie Tecnologías en Salud; vol. 3). Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/telemedicina/publicaciones/Volumen32daEdicion.pdf</p> <p>Public Health Institute, Center for Connected Health Policy, editors. State Telehealth Laws & Reimbursement Policies: Spring 2020. A Comprehensive Scan of the 50 States and the District of Columbia. 2020. Disponible en:</p>

	<p>https://www.cchpca.org/sites/default/files/2020-05/CCHP %2050 STATE REPORT SPRING 2020 FINAL.pdf</p> <p>Ministerio de Salud, editor. Norma Técnica de Salud en Telesalud. Lima, Perú; 2009. NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1428.pdf</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p>
--	--

Término	Diferida (modalidad o método de comunicación)
Sinónimos	Asincrónica; pregrabada; <i>store & forward</i> (en)
Definición	Corresponde a la modalidad de comunicación mediante la cual la información intercambiada es grabada/almacenada y accedida/contestada en un momento posterior. Esta comunicación no requiere que los interlocutores estén conectados y disponibles al mismo tiempo para sostenerla. Ejemplo de un medio relacionado con esta modalidad: correo electrónico.
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud, editor. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28413</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p>

Término	eSalud
Sinónimos	Salud electrónica; cibersalud; e-sanidad; <i>eHealth</i> (en)
Definición	El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la salud.
Área	Salud
Referencias	<p>WHO Global Observatory for eHealth, editor. Building Foundations for eHealth: Progress of Member States. Report of the Global Observatory for eHealth. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43599</p> <p>Scott RE, Mars M. Here We Go Again - «Digital Health». J Int Soc Telemed eHealth. 2019;7:e1 (1-2). doi:10.29086/JISfTeH.7.e1</p>

Término	Híbrida/o (modalidad o método de comunicación)
Sinónimos	Mixta
Definición	Modalidad de comunicación que utiliza tanto canales de comunicación en tiempo real como diferidos en el ámbito de una atención o servicio. No debe confundirse con otras acepciones relacionadas con el mismo término pero que no están relacionadas con el método de comunicación (e. cuando el término híbrida se refiere en cambio a un modelo de atención en salud que combina tanto atención presencial como atención a la distancia, o cuando se refiere a <i>blended-learning</i>).
Referencias	<p>Santos AF, Fernández A, editores. Desarrollo de la telesalud en América Latina: Aspectos conceptuales y estado actual. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2013. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/35453</p>

Término	Interconsulta electrónica
Sinónimos	<i>Electronic consultation (en); econsult (en); e-consult (en)</i>
Definición	Corresponde al intercambio de información, opiniones y la generación de eventuales diagnósticos y decisiones terapéuticas sobre un caso clínico entre miembros del equipo de salud a la distancia a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones en modalidad asincrónica (diferida), solicitada por un miembro del equipo de salud, sin la presencia o participación directa del paciente durante dicho intercambio. Esta actividad implica una transferencia total o parcial de la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas hacia el profesional de la salud que fue consultado (ej. un especialista a la distancia).
Área	Telemedicina
Referencias	<p>Cuevas Gaete RA, Schönholzer TE, Cárdenas Valladolid J, Hernández Pascual M. Uso de la Telemedicina en Atención Primaria: Revisión sobre la situación en España en los últimos 10 años. CRONI.net. 2019;(28):4-12. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017737_028.pdf</p> <p>Vimalananda VG, Gupte G, Seraj SM, Orlander J, Berlowitz D, Fincke BG, et al. Electronic consultations (e-consults) to improve access to specialty care: A systematic review and narrative synthesis. Journal of Telemedicine and Telecare. 2015;21(6):323-30. doi:10.1177/1357633X15582108</p> <p>Chang Y, Carsen S, Keely E, Liddy C, Kontio K, Smit K. Electronic Consultation Systems: Impact on Pediatric Orthopaedic Care. Journal of Pediatric Orthopaedics. 2020;40(9):531-5. doi:10.1097/BPO.0000000000001607</p> <p>National Consortium of Telehealth Resource Centers, editor. What is Telehealth? Context for Framing Your Perspective. 2019. Disponible en: https://www.telehealthresourcecenter.org/wp-</p>

	content/uploads/2019/06/2019-Framing-Telehealth.pdf
--	---

Término	mSalud
Sinónimos	<i>MHealth</i> (en)
Definición	Ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de los dispositivos móviles, como teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos inalámbricos.
Área	eSalud
Referencias	Organización Panamericana de la Salud, editor. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington, DC; 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28391

Término	Origen (centro o sitio de)
Sinónimos	Sitio de origen; sitio o centro remitidor; sitio o centro que refiere; sitio “spoke”; sitio o centro consultante; sitio remoto (*)
Definición	El centro o lugar desde el cual se origina una solicitud, necesidad, consulta o demanda de alguna atención o prestación de salud, y que para satisfacerla recurre o usa la modalidad telemédica. Generalmente corresponde al lugar donde se encuentra o se atiende habitualmente el paciente que tiene dicha necesidad. (* En algunas implementaciones es denominado “sitio remoto”, sin embargo, no se recomienda el uso de este término por su relatividad respecto de dónde se “coloque” el observador y también porque se utiliza a veces para indicar el centro de destino.
Referencias	Ministerio de Salud, editor. Norma Técnica de Salud en Telesalud. Lima, Perú; 2009. NTS N° 067-MINSA/DGSP-V.01. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1428.pdf

	<p>Agency for Clinical Innovation, editor. Guidelines for the use of Telehealth for Clinical and Non Clinical Settings in NSW. Chatswood NSW; 2015. ISBN 978-1-76000-138-4</p> <p>Myers K, Nelson E-L, Rabinowitz T, Hilty D, Baker D, Barnwell SS, et al. American Telemedicine Association Practice Guidelines for Telemental Health with Children and Adolescents. <i>Telemedicine and e-Health</i>. 2017;23(10):779-804. doi:10.1089/tmj.2017.0177</p> <p>McSwain SD, Bernard J, Burke BL, Cole SL, Dharmar M, Hall-Barrow J, et al. American Telemedicine Association Operating Procedures for Pediatric Telehealth. <i>Telemedicine and e-Health</i>. 2017;23(9):699-706. doi:10.1089/tmj.2017.0176</p> <p>Secretaría de Salud, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, editores. <i>Telemedicina</i>. 2.ª ed. México; 2011. (Serie Tecnologías en Salud; vol. 3). Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/telemedicina/publicaciones/Volumen32daEdicion.pdf</p> <p>Public Health Institute, Center for Connected Health Policy, editors. <i>State Telehealth Laws & Reimbursement Policies: Spring 2020. A Comprehensive Scan of the 50 States and the District of Columbia</i>. 2020. Disponible en: https://www.cchpca.org/sites/default/files/2020-05/CCHP_%2050_STATE_REPORT_SPRING_2020_FINAL.pdf</p>
--	---

Término	Salud Digital
Sinónimos	<i>Digital Health</i> (en)
Definición	Es el campo de conocimiento y práctica asociada al desarrollo y uso de las tecnologías digitales para mejorar la salud. Amplía el concepto de Cibersalud o eSalud para incluir a los consumidores digitales, con una gama más amplia de dispositivos inteligentes y equipos conectados. También abarca otros usos de las tecnologías digitales para la salud, como el Internet de las Cosas (IoT por sus siglas en inglés), la Inteligencia Artificial, <i>Big Data</i> y la robótica.

Área	Salud
Referencias	<p>World Health Organization, editor. WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva; 2019. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/</p> <p>Scott RE, Mars M. Here We Go Again - «Digital Health». J Int Soc Telemed eHealth. 2019;7:e1 (1-2). doi:10.29086/JISfTeH.7.e1</p>

Término	Teleasistencia
Sinónimos	Telecuidado
Definición	<p>Consiste en un sistema o servicio socio-asistencial para hacerse cargo de personas que se encuentran con necesidad de apoyo en su domicilio. Considera la gestión de alarmas, activación de servicios de emergencia y llamados de apoyo de parte de un centro de servicios. Su naturaleza es prevalentemente social con límites difusos hacia el sistema de salud con el que debiera conectarse para garantizar la continuidad asistencial. No está dirigido en específico al ámbito sanitario, sino que al ámbito socio-asistencial.</p>
Área	Socio-asistencial
Referencias	<p>Ministero della Salute, editor. Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali. Italia; 2014. Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf</p>

Término	Telecapacitación
Sinónimos	n/d
Definición	<p>Acción planeada y destinada a fortalecer algún conocimiento específico del personal de la salud, a fin de mejorar las</p>

	aptitudes, prepararlos para desempeñar adecuadamente su ocupación o puesto de trabajo que es realizada a través de tecnologías y medios de telecomunicación.
Área	Tele-educación (en salud)
Referencias	Secretaría de Salud del Estado de México, editor. Manual de Procedimientos de Telemedicina: Capacitación del personal de las Unidades Médicas por Tele-Enseñanza. 2017. Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/salud/documentos/atencionciudadano/procedimientos_telemedicina/Capacitacion%20del%20personal%20de%20las%20unidades%20medicas%20por%20tele-ensenanza.pdf

Término	Telecirugía
Sinónimos	Cirugía a distancia; teleintervención quirúrgica
Definición	Realización de procedimientos quirúrgicos a distancia, a través de tecnologías interactivas, con equipos médicos y robóticos ejecutores situados en diferentes espacios físicos.
Área	Telemedicina
Referencias	Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635

Término	Telecomité
Sinónimos	Teleclínica; telejunta médica; teleinterconsulta o teleconsulta multiespecialidad
Definición	Un equipo clínico, generalmente multi, inter y/o transdisciplinario, que se reúne usualmente a través de medios de telecomunicación sincrónicos (ej. videoconferencia) para evaluar casos clínicos y tomar decisiones diagnóstico-

	<p>terapéuticas de manera colegiada, basados en guías clínicas y discusión multidisciplinaria o bien para brindar apoyo, orientación o consultoría a la distancia. Se han conformado en Chile telecomités en distintas áreas, especialidades o problemas de salud (por ej. telecomité oncológico, neuro-oncológico, cuidados paliativos, cardiopatías congénitas entre otros). En determinados casos los telecomités están dirigidos en cambio a la tele-educación o telementoría de los equipos de salud, a través de la discusión y evaluación de los casos clínicos presentados, mas se trata de sesiones que están enmarcadas dentro de programas explícitamente y principalmente dirigidos a un objetivo formativo (ej. proyecto ECHO o ECHO Model™), es decir, corresponden al ámbito de la tele-educación en salud y no al de un acto médico o sanitario.</p>
Área	Telemedicina
Referencias	<p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p> <p>University of New Mexico, editor. Project ECHO [Internet]. About ECHO. [citado 22 de octubre de 2020]. Disponible en: https://hsc.unm.edu/echo/</p> <p>Palma A, Huepe G, Loreto Rodríguez M, Castañeda V, Pino R, Ihl F, et al. Telemedicina aplicada a cuidados paliativos en Chile: Implementación y evaluación del primer telecomité interregional de cuidados paliativos. En: Programa científico IX Congreso Latinoamericano de cuidados paliativos. Santiago de Chile: Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos; 2018. p. 179.</p> <p>Club de Excelencia en Sostenibilidad, editor. Spain 20.20: TIC y Sostenibilidad. Madrid; 2012. Disponible en: http://www.clubsostenibilidad.org/publicaciones/spain-2020-tic-y-sostenibilidad/</p>

Término	Teleconsulta
Sinónimos	Video consulta; consulta virtual; teleconsulta médico-paciente; consulta remota; <i>televisit (en)</i> ; <i>virtual visit (en)</i> ; <i>video visit (en)</i>
Definición	Corresponde a una consulta a la distancia con intercambio de información realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones en modalidad sincrónica (tiempo real) entre un paciente y uno o más miembros del equipo de salud (ej. videollamadas). Durante dicho acto también podrían participar con algún rol y funciones miembros de los equipos de salud que se encuentran físicamente al lado del paciente.
Área	Telemedicina
Referencias	<p>Ministero della Salute, editor. Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali. Italia; 2014. Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf</p> <p>Secretaría de Gobierno de Salud, editor. Anexo I: 1º Recomendación para el uso de la Telemedicina. Grupo Asesor- Resolución N° 21/2019, Artículo 5º. Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real. Buenos Aires, Argentina: Presidencia de la Nación; 2019. Anexo IF-2019-64753951-APN-SSCPS#MSYDS. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf</p> <p>Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, editor. Los ciudadanos ante la e-Sanidad: Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario. Gobierno de España; 2016. Disponible en: https://www.ontsi.red.es/sites/ontsi/files/los_ciudadanos_ante_la_e-sanidad.pdf</p> <p>National Consortium of Telehealth Resource Centers, editor. What is Telehealth? Context for Framing Your Perspective. 2019.</p>

	Disponible en: https://www.telehealthresourcecenter.org/wp-content/uploads/2019/06/2019-Framing-Telehealth.pdf
--	--

Término	Teleconsultoría
Sinónimos	Consultoría virtual; <i>virtual consult</i> (en) nota: en los escenarios que no consideran transferencia del cuidado ni toma decisiones diagnóstico terapéuticas.
Definición	Corresponde al intercambio de información, opiniones y sugerencias sobre un caso clínico entre miembros del equipo de salud a la distancia, realizadas a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones en modalidad sincrónica (tiempo real). El apoyo es solicitado por un miembro del equipo de salud en su calidad de tratante a otros profesionales de la salud, sin la presencia o participación directa del paciente durante dicho intercambio. Esta actividad no transfiere el cuidado ni la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas a los profesionales consultados.
Área	Telemedicina
Referencias	<p>Ministerio de Salud, editor. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Gobierno de Chile; 2016. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/OT-CONSULTORIAS-EN-SALUD-MENTAL.pdf</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p> <p>Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, editores. Manual Series REM 2020: Versión 1.1. Gobierno de Chile; 2020. Disponible en: http://estadisticas.ssosorno.cl/estadisticas/2020/manuales/Manual%20Series%20REM%20V1.1.pdf</p>

	National Consortium of Telehealth Resource Centers, editor. What is Telehealth? Context for Framing Your Perspective. 2019. Disponible en: https://www.telehealthresourcecenter.org/wp-content/uploads/2019/06/2019-Framing-Telehealth.pdf
--	--

Término	Tele-educación (en salud)
Sinónimos	Tele-enseñanza; enseñanza a distancia/electrónica/virtual; educación a distancia/virtual; aprendizaje a distancia.
Definición	Consiste en la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación al aprendizaje. Puede utilizarse para mejorar la calidad de la educación, aumentar el acceso a la educación y crear formas nuevas e innovadoras de enseñanza al alcance de un mayor número de personas. En esta definición se entiende que el objetivo de la actividad es de carácter educativo o formativo, dirigido a los actuales o futuros profesionales y técnicos de la salud. Cuando el acto educativo a la distancia tiene un propósito sanitario, es decir está dirigido a los pacientes para el cuidado de su salud, no se comprende dentro de esta definición, sino, en la de telemedicina por constituir parte de un acto asistencial.
Área	Telesalud
Referencias	Organización Panamericana de la Salud, editor. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington, DC; 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28391

Término	Teleinforme (de exámenes)
Sinónimos	Informe de exámenes a la distancia.
Definición	Corresponde al análisis e informe de exámenes realizado a la distancia (ECG, radiografías, otros) para apoyo diagnóstico.

Área	Telemedicina
Referencias	Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635

Término	Teleinterconsulta
Sinónimos	Interconsulta virtual; Teleconsulta (clínico-clínico); <i>virtual consult</i> (en); nota: en los escenarios que consideran parcial o total transferencia del cuidado y toma de decisiones diagnóstico terapéuticas.
Definición	Corresponde al intercambio de información, opiniones y la generación de eventuales diagnósticos y decisiones terapéuticas sobre un caso clínico entre miembros del equipo de salud a la distancia en modalidad sincrónica (tiempo real), a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones, solicitada por un miembro del equipo de salud, sin la presencia o participación directa del paciente durante dicho intercambio. Esta actividad implica una transferencia total o parcial de la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas hacia el profesional de la salud que fue consultado (ej. un especialista a la distancia).
Área	Telemedicina
Referencias	Ministero della Salute, editor. Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali. Italia; 2014. Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf Bautista Altamirano CH. La Telesalud en Perú: Diagnóstico y Propuestas de Mejora. Revista Gobierno y Gestión Pública. 2015;2(1):53-73. Disponible en: http://www.revistagobiernoydegestionpublica.com/index.php/RGGP/article/view/10

	<p>Bundesärztekammer, editor. Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Absatz 4 MBO-Ä (Fernbehandlung). Berlin; 2015. Disponible en: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Recht/2015-12-11_Hinweise_und_Erlaeuterungen_zur_Fernbehandlung.pdf</p> <p>National Consortium of Telehealth Resource Centers, editor. What is Telehealth? Context for Framing Your Perspective. 2019. Disponible en: https://www.telehealthresourcecenter.org/wp-content/uploads/2019/06/2019-Framing-Telehealth.pdf</p>
--	---

Término	Telemedicina
Sinónimos	n/d
Definición	Es la provisión de servicios de salud a distancia para los objetivos sanitarios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, realizada por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población.
Área	Telesalud
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud, editor. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington, DC; 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28391</p> <p>Organización Panamericana de la Salud, editor. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28413</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de</p>

	<p>Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social, editor. Resolución Número 2654 de 2019: Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Bogotá, DC: República de Colombia; 3 de octubre de 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf</p>
--	---

Término	Telementoría
Sinónimos	n/d
Definición	<p>Es una relación, facilitada por la tecnología de las telecomunicaciones, en la que un experto (<i>mentor</i>) proporciona orientación a un aprendiz o alumno menos experimentado (<i>mentee</i>) desde un lugar remoto. La telementoría difiere de la teleinterconsulta o teleconsultoría en tres aspectos esenciales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La telementoría requiere una relación establecida entre el mentor y el alumno en la cual las habilidades y el conocimiento de ambos están identificados en una relación desarrollada antes del evento de telementoría. 2. La telementoría se realiza con un alumno competente que es capaz de manejar la enfermedad o problema de salud del paciente, del mismo modo que si el mentor no fuera telepresente, aunque es probable que utilice una técnica o tecnología diferente. 3. La telementoría ocurre dentro de un marco educativo a través del cual tanto el mentor como el alumno (<i>mentee</i>) han trabajado para prepararse para la experiencia de mentoría.
Área	Tele-educación (en salud)
Referencias	Otero A, Martín Pérez B, Turrado V, Valverde S, Lacy B. Telementoring: The future of surgical training [Internet]. AIS

	Channel. 7 de junio de 2018 [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: https://aischannel.com/society/telementoring-future-surgical-training/
--	---

Término	Telemonitoreo
Sinónimos	Monitoreo remoto; telemonitorización; televigilancia.
Definición	El uso de tecnologías de telesalud para recopilar datos médicos de los pacientes en un lugar, tales como signos vitales, presión arterial u otros, y transmitir electrónicamente esa información a los prestadores de salud en otro lugar. Los profesionales de la salud supervisan y evalúan a esos pacientes de forma remota y, cuando es necesario, intervienen realizando servicios médicos. Generalmente está dirigido a pacientes crónicos.
Área	Telemedicina/Telesalud
Referencias	Public Health Institute, Center for Connected Health Policy, editors. State Telehealth Laws & Reimbursement Policies: Spring 2020. A Comprehensive Scan of the 50 States and the District of Columbia. 2020. Disponible en: https://www.cchpca.org/sites/default/files/2020-05/CCHP_%2050_STATE_REPORT_SPRING_2020_FINAL.pdf

Término	Teleorientación
Sinónimos	n/d
Definición	Corresponde a una actividad en el ámbito de la teleasistencia en la que equipos multidisciplinarios entregan información solicitada por una persona que busca resolver dudas e inquietudes en materias de salud para la toma de decisiones. Según el caso, los equipos también coordinan el despliegue de recursos cuando sea pertinente. Las decisiones son tomadas por parte de la persona que recibe la orientación.
Área	Telemedicina

Referencias	<p>Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, editores. Manual Series REM 2020: Versión 1.1. Gobierno de Chile; 2020. Disponible en: http://estadisticas.ssosorno.cl/estadisticas/2020/manuales/Manual%20Series%20REM%20V1.1.pdf</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social, editor. Resolución Número 2654 de 2019: Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Bogotá, DC: República de Colombia; 3 de octubre de 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf</p>
--------------------	--

Término	Telepromoción
Sinónimos	n/d
Definición	Acciones y políticas de buena gobernanza sanitaria y entrega de educación en salud a la distancia a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones que permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud, puedan preservarla, mejorarla y elegir vivir en entornos más saludables.
Área	Telemedicina
Referencias	<p>World Health Organization, editor. Health Promotion Glossary. Geneva; 1998. WHO/HPR/HEP/98.1. Disponible en: https://www.who.int/healthpromotion/HPG/en/</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018.</p>

	Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635
--	---

Término	Telerehabilitación
Sinónimos	E-rehabilitación
Definición	<p>Consiste en la provisión de servicios de rehabilitación mediante tecnologías de información y comunicación. Esta modalidad puede considerar una amplia gama de intervenciones clínicas asociadas a rehabilitación, como evaluación, monitoreo, prevención, intervención, supervisión, educación, consulta y consejerías.</p>
Área	Telemedicina
Referencias	<p>Brennan D, Tindall L, Theodoros D, Brown J, Campbell M, Christiana D, et al. A Blueprint for Telerehabilitation Guidelines. International Journal of Telerehabilitation. 2010;2(2):31-4. doi:10.5195/IJT.2010.6063</p> <p>Boucenna S, Narzisi A, Tilmont E, Muratori F, Pioggia G, Cohen D, et al. Interactive Technologies for Autistic Children: A Review. Cogn Comput. 2014;6(4):722-40. doi:10.1007/s12559-014-9276-x</p> <p>Peretti A, Amenta F, Tayebati SK, Nittari G, Mahdi SS. Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application. JMIR Rehabil Assist Technol. 2017;4(2):e7. doi:10.2196/rehab.7511</p> <p>McCue M, Fairman A, Pramuka M. Enhancing Quality of Life through Telerehabilitation. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2010;21(1):195-205. doi:10.1016/j.pmr.2009.07.005</p>

Término	Telesalud
Sinónimos	Telesanidad
Definición	Prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la

	información y la comunicación, especialmente donde la distancia es una barrera para recibir atención de salud. El conjunto de actividades relacionadas con la salud, los servicios y los métodos que se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Incluye, entre otras, la telemedicina y la tele-educación en salud.
Área	eSalud
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud, editor. Conversaciones sobre eSalud: Gestión de información, diálogos e intercambio de conocimientos para acercarnos al acceso universal a la salud. Washington, DC; 2014. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28391</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social, editor. Resolución Número 2654 de 2019: Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Bogotá, DC: República de Colombia; 3 de octubre de 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf</p> <p>Congreso de Colombia, editor. Ley 1419 de 2010: Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia. 13 de diciembre de 2010. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=40937</p>

Término	Teleseguimiento
Sinónimos	Seguimiento remoto; teleconsulta de seguimiento, control o <i>follow-up</i> (en)

Definición	Actividad de contacto y comunicación con el paciente, a través de tecnologías y medios de telecomunicación, generalmente programada o solicitada por algún miembro del equipo de salud, que está dirigida al control del estado de salud del paciente respecto de las condiciones que sufre, la determinación de la efectividad del tratamiento que está recibiendo y la detección oportuna de riesgos y posibles complicaciones en un contexto de continuidad y coordinación de los cuidados.
Área	Telemedicina
Referencias	<p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635</p> <p>Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud, editores. Manual Series REM 2018: Versión 1.2. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: http://estadistica.ssmso.cl/downloads/manual_rem_2018/Manual-Series-REM-V1.2-2018.pdf</p> <p>de Thurah A, Stengaard-Pedersen K, Axelsen M, Fredberg U, Schougaard LMV, Hjollund NHI, et al. Tele-Health Followup Strategy for Tight Control of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: Results of a Randomized Controlled Trial. Arthritis Care & Research. 2018;70(3):353-60. doi:10.1002/acr.23280</p>

Término	Teletriage
Sinónimos	Triage virtual; triage telefónico
Definición	Corresponde a la actividad o proceso no agendado dirigido a determinar la prioridad de la atención que requieren los pacientes en función de la gravedad de su condición o afección, realizado por miembros del equipo de salud a través de tecnologías y medios de telecomunicación.

Área	Telemedicina
Referencias	<p>Ministry of Health and Long-Term Care, editor. Teletriage Health Services. En: 2009 Annual Report of the Office of the Auditor General of Ontario. Ontario: Queen's Printer for Ontario; 2009. p. 292-313. Disponible en: https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en09/313en09.pdf</p> <p>van Ierland Y, van Veen M, Huibers L, Giesen P, Moll HA. Validity of telephone and physical triage in emergency care: The Netherlands Triage System. Family Practice. 2010;28(3):334-41. doi:10.1093/fampra/cmq097</p> <p>Williams B, Warren S, McKim R, Janzen W. Caller self-care decisions following teletriage advice. Journal of Clinical Nursing. 2012;21(7-8):1041-50. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03986.x</p>

Término	Terapia Digital
Sinónimos	<i>Digital Therapeutics</i> (en)
Definición	Soluciones de salud digital que ofrecen intervenciones terapéuticas desarrolladas a través de programas informáticos, basados en evidencia, para prevenir, manejar o tratar un trastorno o enfermedad. Los programas o aplicaciones están orientados a generar cambios en el comportamiento y a monitorizar de forma remota el estado de salud de los pacientes. Estas intervenciones pueden ser utilizadas por sí solas o combinadas con medicamentos, dispositivos u otras terapias para optimizar la atención, los resultados de salud y contribuir a mejorar el acceso a atención sanitaria.
Área	Salud Digital
Referencias	<p>Dang A, Arora D, Rane P. Role of digital therapeutics and the changing future of healthcare. J Family Med Prim Care. 2020;9(5):2207-13. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_105_20</p> <p>Makin S. A smarter way to treat: With ageing populations</p>

	<p>forcing health-care systems to become more efficient, the treatment of many common physical and mental ailments is going digital. Nature. 2019;573:S106-9. doi:10.1038/d41586-019-02873-1</p> <p>Digital Therapeutics Alliance, editor. Digital Therapeutics Definition and Core Principles. Fact sheet. Noviembre de 2019. Disponible en: https://dtxalliance.org/wp-content/uploads/2019/11/DTA_DTx-Definition-and-Core-Principles.pdf</p> <p>Digital Therapeutics Alliance, editor. Ensuring appropriate quality, access, and utilization of digital therapeutics. Fact sheet. Abril de 2020. Disponible en: https://dtxalliance.org/wp-content/uploads/2020/04/DTx_Quality_Access_Utilization_Worksheet.pdf</p> <p>Digital Therapeutics Alliance, editor. Digital Health Industry Categorization. Noviembre de 2019. Disponible en: https://dtxalliance.org/wp-content/uploads/2019/11/DTA_Digital-Industry-Categorization_Nov19.pdf</p>
--	---

Término	Tiempo real (modalidad o método de comunicación)
Sinónimos	Sincrónica; <i>real-time</i> (en)
Definición	Corresponde a la modalidad de comunicación que requiere que los interlocutores estén conectados y disponibles para sostenerla al mismo tiempo. Ejemplos de medios relacionados con esta modalidad: teléfono, videoconferencia.
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud, editor. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/28413</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018.</p>

	Disponible en:
--	----------------

	http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635
--	---

3. CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TELESALUD

Para poder describir el escenario de la provisión de servicios o prestaciones en el ámbito de la telesalud es necesario establecer el qué, cuándo, dónde, cómo y quién otorga el servicio. Esta caracterización representa un insumo de información básica para facilitar las actividades de diseño, comunicación, desarrollo, operación, evaluación, gestión de la calidad y gestión de riesgos de un servicio de telesalud.

A continuación, se presenta un conjunto de atributos descriptivos que se recomienda utilizar para la caracterización de un servicio en el contexto de la telesalud.

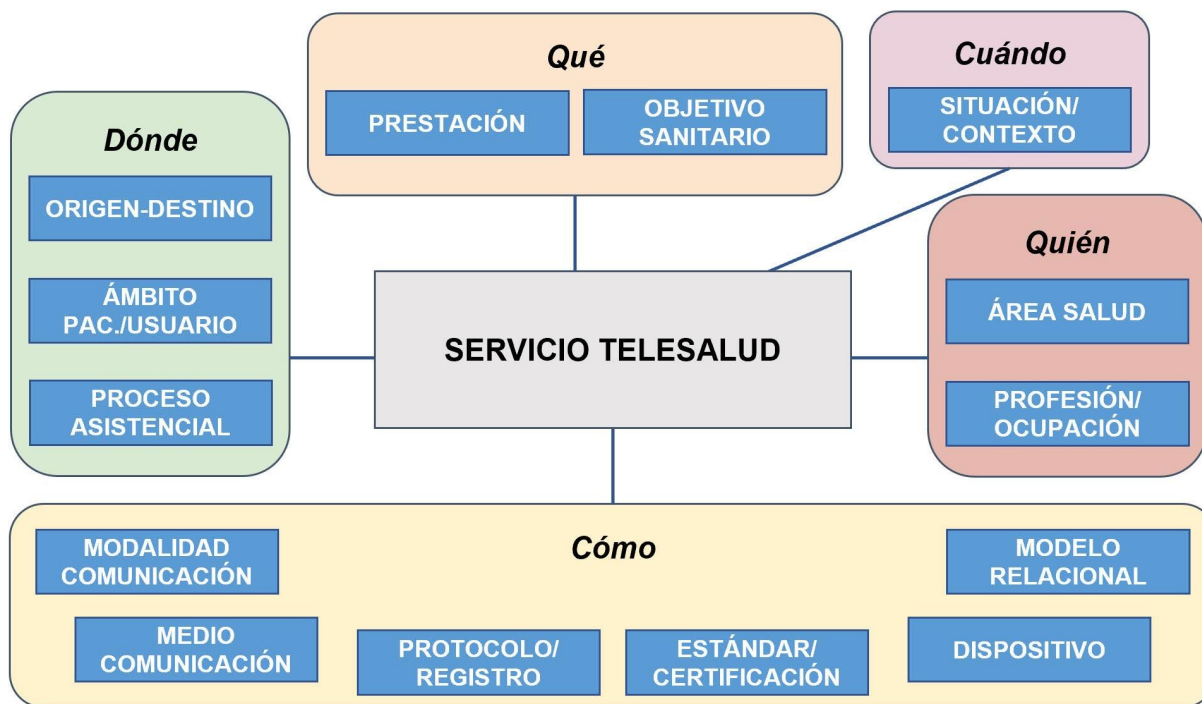


Figura 1: Diagrama caracterización servicios de telesalud

Tal como ilustra el diagrama (Fig. 1), estos atributos concurren a caracterizar un servicio de telemedicina o telesalud. A continuación, se describe cada uno de ellos.

Atributos Grupo “QUÉ”

Objetivo Sanitario

Se refiere a la indicación de los objetivos de nivel general, desde la mirada de la Salud Pública, en los que la telesalud puede jugar un rol, estos pueden ser:

- Promoción
- Prevención
- Diagnóstico
- Terapia o Tratamiento
- Monitoreo o Seguimiento
- Rehabilitación

Prestación

Se refiere al tipo de prestaciones o acciones que forman parte del servicio, estas pueden ser:

- Consulta electrónica
- Consultoría electrónica
- Interconsulta electrónica
- Teleasistencia
- Teleorientación
- Telecirugía
- Telecomité
- Teleconsulta
- Teleconsultoría
- Teleinforme
- Teleinterconsulta
- Telemonitoreo
- Telepromoción
- Telerehabilitación
- Teleseguimiento
- Telerriage

Atributos Grupo “CUÁNDO”

Situación de salud

Tiene relación con el contexto o situaciones de riesgo clínico para las cuales está diseñada, explicitada o estipulada la prestación o servicio de telesalud, precisando eventualmente también las situaciones, patologías, grupos de pacientes o contextos que, en cambio, estarían excluidas explícitamente del servicio. Es decir, la manifestación explícita de inclusión o exclusión de una o más de los siguientes contextos o situaciones de riesgo:

- Situación de catástrofe
- Patología urgente
- Patología aguda
- Patología crónica
- Paciente sano

Atributos Grupo “QUIÉN”

Área Salud

Las áreas, especialidades o subespecialidades involucradas en el servicio o prestación de telesalud basándose de preferencia y lo más posible en los listados de las fuentes bibliográficas indicadas al final del capítulo, precisando además en todos los casos si las áreas o especialidades se encuentran en el centro de origen o en el centro de destino. Ejemplos:

- Broncopulmonar
- Cardiología
- Cirugía general
- Cuidado de heridas
- Cuidado remoto en domicilio
- Cuidados paliativos
- Dermatología
- Diabetología
- Endocrinología
- Infectología

- Neurología
- Radiología
- [Otros, ver Bibliografía]

Profesión/Ocupación

La indicación de los profesionales, técnicos y las ocupaciones involucradas en la prestación de telesalud, basándose en los ejemplos que vienen a continuación y en las fuentes bibliográficas indicadas al final de este capítulo, precisando en todos los casos si estas se encuentran en el centro de origen o de destino. Ejemplos:

- Auxiliar de Enfermería
- Técnico en Enfermería de Nivel Superior
- Enfermero/a
- Kinesiólogo/a
- Matrn/a
- Médico/a Cirujano/a
- Nutricionista
- Odontólogo/a
- Fonoaudiólogo/a
- Psicólogo/a
- Terapeuta Ocupacional
- Químico/a farmacéutico/a
- Docente
- Informático/a Clínico/a
- Ingeniero/a de Software
- [Otros, ver Bibliografía]

Atributos Grupo “CÓMO”

Modelo Relacional-Organizacional

Un determinado servicio o prestación de telesalud (o en modalidad telemédica) podría implementar uno o más modelos relacionales-organizacionales. Se entiende por “modelo relacional-organizacional” la indicación esquemática (relativa) que identifica dónde se

encuentra el paciente o los miembros de los equipos de salud respecto de las líneas, canales o medios de comunicación (telecomunicación) establecidos y qué eventuales intermediarios pudieran también existir o estar involucrados en el servicio.

En las figuras que vienen a continuación se ilustran los principales modelos que podrían darse, sin perjuicio de que existan otros que no estén incluidos en alguno de ellos.

Comunicación directa entre paciente y profesional de salud

MODELO RELACIONAL N° 1



Figura 2: Comunicación directa entre paciente y profesional de salud

Este primer ejemplo de modelo relacional (Fig. 2) representa la interacción entre un paciente, a un extremo de los canales de telecomunicación, y un profesional o un equipo de profesionales de la salud situados al otro extremo. Un ejemplo de este modelo relacional puede corresponder a algunos escenarios de teleconsulta.

Comunicación entre paciente y profesional de salud, mediada por un centro intermediario

MODELO RELACIONAL N° 2



Figura 3: Comunicación entre paciente y profesional de salud, mediada por un centro intermediario

Este segundo ejemplo de modelo relacional (Fig. 3) representa la interacción entre un paciente, a un extremo de los canales de telecomunicación, y un profesional o un equipo de

profesionales de la salud al otro extremo, relación que está mediada por un Centro Intermediario de Servicios de Salud. Un ejemplo de este modelo relacional puede corresponder a algunos escenarios de una prestación o servicio de telemonitoreo.

Comunicación directa entre paciente y profesional de salud, con la participación de miembros del equipo de salud al lado del paciente

MODELO RELACIONAL Nº 3



Figura 4: Comunicación directa entre paciente y profesional de salud, con la participación de miembros del equipo de salud al lado del paciente

Este tercer ejemplo de modelo relacional (Fig. 4) representa la interacción entre un paciente, a un extremo de los canales de telecomunicación, y un profesional o un equipo de profesionales de la salud situados al otro extremo, en la que el paciente está acompañado de un profesional o miembros de un equipo de salud. Un ejemplo de este modelo relacional puede corresponder a algunos escenarios de teleconsulta.

Comunicación entre paciente y profesional de salud, con la participación de miembros del equipo de salud al lado del paciente, mediada por un centro intermediario

MODELO RELACIONAL Nº 4



Figura 5: Comunicación entre paciente y profesional de salud, con la participación de miembros del equipo de salud al lado del paciente, mediada por un centro intermediario

Este cuarto ejemplo de modelo relacional (Fig. 5) representa la interacción entre un paciente, a un extremo de los canales de telecomunicación, y un profesional o un equipo de profesionales de la salud situados al otro extremo, en la que el paciente está acompañado de un profesional o miembros de un equipo de salud a su lado y la relación está mediada por un Centro Intermediario de Servicios de Telesalud. Ejemplos de este modelo relacional pueden corresponder a algunos escenarios de teleconsulta o de telemonitoreo.

Comunicación directa entre miembros del equipo de salud

MODELO RELACIONAL N°5



Figura 6: Comunicación directa entre miembros del equipo de salud

Este quinto ejemplo de modelo relacional (Fig. 6) representa la interacción entre un profesional o miembros del equipo de salud a un extremo de los canales de telecomunicación, y otro profesional o equipo de profesionales de la salud situados al otro extremo. Ejemplos de este modelo relacional pueden corresponder a algunos escenarios de teleinterconsulta, telecomité o teleconsultoría.

Comunicación entre miembros del equipo de salud, mediada por un centro intermediario

MODELO RELACIONAL N°6



Figura 7: Comunicación entre miembros del equipo de salud, mediada por un centro intermediario

Este sexto ejemplo de modelo relacional (Fig. 7) representa la interacción entre un profesional

o miembros del equipo de salud a un extremo de los canales de telecomunicación, y un profesional o un equipo de profesionales de la salud situados al otro extremo, comunicación que está mediada por un Centro Intermediario de Servicios de Telesalud. Ejemplos de este modelo relacional pueden corresponder a algunos escenarios de teleinterconsulta, telecomité o de teleconsultoría.

Nota: para la definición de “Centro Intermediario de Servicios de Telesalud” ver más adelante la sección: Origen - Destino - Centro Intermediario de Servicios de Telesalud.

Dispositivo

Corresponde a la indicación del tipo de dispositivos hardware o software que se utilizan, quién operaría los dispositivos y si estos son dispositivos médicos (*).

Para la identificación de los dispositivos, a continuación, algunos ejemplos:

- Balanza
- Tensiómetro
- Termómetro
- Estetoscopio
- Oxímetro de Pulso
- ECG (mono-derivación)
- ECG (12 derivaciones)
- Holter ECG
- Espirómetro
- Otoscopio
- Dermatoscopio
- Sensor caídas
- Cámara retinal midriática
- Cámara retinal no midriática
- Ecógrafo
- Equipo radiológico portátil
- Equipos de radiografía fijos
- Aplicación software (como dispositivo)
- [Otros]

(*) Dispositivo médico: se define como cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, implante, reactivo para uso in vitro, software, material u otro artículo similar o relacionado, destinado por el fabricante para ser utilizado, solo o en combinación, por seres humanos, para uno o más de los fines médicos específicos de: diagnóstico, prevención, seguimiento, tratamiento o alivio de enfermedades, monitoreo, alivio o compensación por una lesión, investigación, reemplazo, modificación o soporte de la anatomía o de un proceso fisiológico, apoyar o sostener la vida, control de la concepción, desinfección de dispositivos médicos, proporcionar información mediante el examen in vitro de muestras derivadas del cuerpo humano; y que no logra su acción primaria prevista por medios farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, en o sobre el cuerpo humano, pero que puede ser asistida en su función prevista por dichos medios.

Ver también las convenciones y definiciones del International Medical Device Regulators Forum (IMDRF). Para la determinación de si un software corresponde a un dispositivo médico, ver las definiciones del Grupo de Trabajo IMDRF SaMD, International Medical Device Regulators Forum (ver Bibliografía).

Respecto a precisar quién opera el o los dispositivos (operado por) se señalan los siguientes:

- Profesional o técnico salud
- Paciente, familiares o cuidadores no profesionales de la salud

Estándar/Certificaciones

La indicación de eventuales estándares adoptados o utilizados ya sea en el diseño, planificación y operación del servicio de telesalud (ej. ISO 9001, ISO 13131) y las certificaciones de equipos o dispositivos (ej. FDA, CE) utilizados para el servicio, indicando el nombre del estándar o certificación, su versión, alcance y período de vigencia (si aplican).

Protocolo/Registro

La indicación explícita de la existencia de protocolos formales y documentados relacionados con el servicio de telesalud y de si existe un registro clínico asociado a la atención, y si dicho registro es electrónico.

Medio de comunicación

Indicación de los medios de comunicación y tipo de canales usados en las prestaciones o servicios de telesalud, con la indicación explícita de cuáles de ellos podrían (o no) ser utilizados para entregar indicaciones u órdenes médicas.

Posibles **medios de comunicación**:

- Mensajería de Texto/Audio (SMS, Chat etc.)
- Correo electrónico
- Formularios por sistema
- Sistemas de Ingreso de órdenes médicas computarizadas (CPOE)
- Sistemas para envío de señales o datos biológicos (ej. ECG)
- Sistemas para envío de resultados de exámenes POC (Point of Care)
- Videoconferencia
- Teléfono fijo
- Celular
- Radio
- [Otros]

Posibles tipos de **canales**:

- Análogo
- Digital

Modalidad de Transmisión

Indicación de las modalidades de transmisión: tiempo real (sincrónica), diferida (asincrónica) o híbrida (i.e. que utiliza tanto la modalidad sincrónica como asincrónica) utilizadas en las distintas actividades o prestaciones consideradas por el servicio de telesalud:

- Tiempo real o sincrónica
- Diferida o asincrónica
- Híbrida (en tiempo real y diferida)

Atributos Grupo “DÓNDE”

Ámbito Paciente/Usuario

Hace referencia al ámbito o entorno físico en el que se encuentra el paciente o usuario del servicio o prestación de telesalud. Ejemplos:

- Establecimiento/Infraestructura de Salud (Pública/Privada)
- Establecimiento de Atención Primaria
- Establecimiento de Atención Secundaria
- Establecimiento de Atención Terciaria
- Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)
- Centros de Cumplimiento Penitenciario
- Unidad o plataforma móvil (por ej. avión, barco, bus, operativos de salud)
- Plataformas fijas (por ej. plataforma petrolera, pontones pesqueros)
- Trabajo (ámbito laboral)
- En la vía o espacio público
- Domicilio
- [Otros]

Proceso Clínico - Asistencial

La indicación de los procesos clínico-asistenciales en los que se inserta el servicio o prestación de telesalud en cuestión, según el prestador del caso.

Por ejemplo, en el caso del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, aquellos indicados en el Programa Nacional de Telesalud, en el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud (2018):

- Atención Ambulatoria
- Atención Hospitalaria
- Atención de Hospitalización Domiciliaria
- Atención de Urgencia
- Procedimiento Quirúrgico
- Apoyo Diagnóstico o Terapéutico

Origen - Destino - Centro Intermediario de Servicios de Telesalud

La indicación del origen de la necesidad o demanda de servicio o prestación de salud y la indicación del destino de esa demanda o solicitud según el diseño del servicio. Se debe especificar, tanto el centro, área o lugar desde el cual se originan las solicitudes, necesidades, consultas o demandas de alguna atención o prestación de telesalud (el origen), pudiendo ser uno o más centros; y, por otro lado, indicar el lugar o centro al que están dirigidas, es decir, el lugar que va a contestar o satisfacer esas necesidades (destino), pudiendo existir también uno o más destinos. Se debe incluir además la información geográfica que permita determinar el país y la jurisdicción bajo las cuales se encuentran tanto origen como destino. De darse el caso, se debe indicar también la existencia de eventuales *centros intermediarios de servicios de telesalud* que pudieran existir entre origen y destino.

Se entiende por *centro intermediario de servicios de telesalud* aquel centro, unidad, entidad, estructura u organización que lleva a cabo las funciones de gestión y mantenimiento del sistema de telecomunicaciones e información, a través del cual es posible habilitar servicios de telemedicina o telesalud, en los casos en que dichas funciones en particular son llevadas a cabo por una unidad o centro dedicado a tales funciones por parte del prestador, o en los casos en que dichas funciones son llevadas a cabo por una entidad externa tercera, diferente del prestador de salud. Puede entonces corresponder a la organización o unidad que se encarga de la instalación y mantenimiento de los dispositivos, sensores, sistemas o instrumentos en lugares remotos o de origen (por ej. en el domicilio del paciente o en otros centros de salud) en caso de que hubiera dispositivos o instrumentos de medición desplegados o a desplegar. Dentro de sus funciones, puede incluir también la provisión, gestión y mantenimiento de los medios de comunicación (incluida la gestión de mensajes de alerta) entre los pacientes y los profesionales y técnicos de la salud. Puede también proporcionar la formación de los miembros del equipo de salud, pacientes, cuidadores y sus familias en la utilización de los instrumentos que se utilizan para tales efectos. El centro intermediario de servicios gestiona la información sanitaria generada por el paciente, usuario o aquella información que desde el centro o lugar de origen debe ser enviada al centro de destino, y por otra parte entrega la respuesta y resultados al usuario o centro solicitante.

Es frecuente que las funciones de un centro intermediario de servicios sean desempeñadas en realidad por el mismo prestador de salud a través de alguna de sus unidades o

departamentos, según el caso o el tipo de servicio o prestación. O sea, puede darse que el centro de servicios coincida con el prestador de salud (ya sea en destino u origen). Sin embargo, cuando así no fuera, se debe explicitar la existencia de un centro de servicios “intermedio” en la caracterización de un servicio o prestación de telesalud, puesto que resulta relevante para la determinación del modelo relacional y organizacional en el que se enmarca el servicio de telesalud.

Bibliografía

- Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, editor. Búsqueda de Especialistas [Internet]. CONACEM. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.conacem.cl/busqueda_especialista.asp
- Superintendencia de Salud, editor. Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM) [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/acreditacion/673/w3-article-9620.html>
- Superintendencia de Salud, editor. Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas (CONACEO) [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/acreditacion/673/w3-article-14132.html>
- Superintendencia de Salud, editor. Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud [Internet]. [citado 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://rnpi.superdesalud.gob.cl/>
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División Jurídica, editores. Sustituye Norma Técnica sobre Estándares de Información de Salud. Decreto Exento N° 643; 30 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://repositoriodeis.minsal.cl/ContenidoSitioWeb2020/EstandaresNormativa/Decreto-Exento-643-Sustituye-Norma-T%C3%A9cnica-sobre-Est%C3%A1ndares-de-Informaci%C3%B3n-de-Salud-Actualizada-a-Dic-2016.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas, editor. CIUO 08.CL: Clasificador Chileno de Ocupaciones. Santiago de Chile; 2018. Disponible en: <https://webanterior.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2018/ciuo-08.cl-clasificador-chileno-de-ocupaciones.pdf>
- Ministero della Salute, editor. Telemedicina: Linee di indirizzo nazionali. Italia; 2014. Disponible en: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
- International Medical Device Regulators Forum, IMDRF SaMD Working Group, editores. Software as a Medical Device (SaMD): Key Definitions. 2013. IMDRF/SaMD

WG/N10FINAL:2013. Disponible en:

<http://www.imdrf.org/docs/imdrf/final/technical/imdrf-tech-131209-samd-key-definitions-140901.pdf>.

- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, editores. Programa Nacional de Telesalud: En el contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud. Gobierno de Chile; 2018. Disponible en: <http://biblioteca.digital.gob.cl/handle/123456789/3635>

4. MARCO REGULATORIO Y PRINCIPIOS PARA UNA *LEX ARTIS* TELEMÉDICA

4.1 Introducción

El presente capítulo tiene dos objetivos. Primero, determinar las reglas jurídicas aplicables por analogía a las actividades de telemedicina y telesalud, junto con describir las normas que los órganos de la administración del Estado han dictado para el uso de las tecnologías de la información y comunicación en el ámbito de la salud en los últimos años y las que han sido dictadas como consecuencia de la Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud debido a la COVID-19. Segundo, proponer un conjunto de principios de los que se derivan deberes de cuidado exigibles a los profesionales de salud, que pueden dar cuenta de una *lex artis* telemédica y sustenten doctrinalmente la responsabilidad civil médica atribuible a los distintos actores que intervienen en la atención remota. En este sentido estas recomendaciones no pretenden proponer al regulador normas jurídicas en estas materias, sino proporcionar orientaciones generales que ayuden en el proceso de elaboración de estas, a nivel regulatorio y legal, y a interpretar las actuales y futuras a nivel judicial.

El marco regulatorio es un componente esencial para la gestión de riesgos dentro de los distintos modelos relacionales y organizacionales de la telemedicina y la telesalud. Con el concepto “marco regulatorio” hacemos referencia no solo a las normas jurídicamente vinculantes de nuestro ordenamiento jurídico aplicables por extensión a la telemedicina y la telesalud y a las normas especiales que el regulador ha dictado en el último tiempo para este ámbito, sino también, a normas no vinculantes que provienen de pautas o directrices internacionales o códigos de buenas prácticas profesionales, entre otras fuentes cuyas normas no son exigibles. En este contexto, el análisis y las recomendaciones en materia regulatoria dentro de estos lineamientos apuntan a dar un fundamento normativo para el desarrollo de la telemedicina y la telesalud como una práctica normal centrada en el paciente, con garantías de calidad y seguridad, y a proporcionar elementos básicos a tener en cuenta para futuras propuestas regulatorias o legales.

Para desarrollar este análisis y proponer recomendaciones utilizamos los mismos principios de los lineamientos en su conjunto. El primer principio es el de analogía, en cuya virtud las reglas que son aplicables a la atención presencial valen también para la atención remota, salvo que el impacto del factor distancia obligue a establecer reglas distintas para reducir ese impacto.

Directamente vinculado con este principio está el principio de complementariedad que sirve para delimitar el ámbito de la regulación de la telemedicina y telesalud a solo aquellas materias que son consecuencia del impacto del factor distancia (física y organizacional). Desde una perspectiva del sistema de salud, este principio destaca el rol complementario de la telemedicina y la telesalud para la atención clínica presencial. Aunque en determinados contextos de salud, los actos telemédicos pueden cumplir una función extensiva, complementaria o incluso sustitutiva (ver cap. 1 Introducción). Por otra parte, cuando se analizan los regímenes de responsabilidad legal aplicables a la telemedicina, es necesario tener en cuenta el principio de explotación del conocimiento ya existente relativo a la doctrina y jurisprudencia aplicada a la atención de salud presencial y que se puede extender a la prestación a distancia. Por último, el análisis del marco regulatorio y las recomendaciones que surjan del mismo deben entenderse válidas para todo el sector de salud, comprendiendo prestadores institucionales públicos y privados, médicos y otros profesionales de la salud o técnicos, junto a otros actores relacionados como proveedores o instituciones aseguradoras de salud.

4.2 Marco regulatorio

El marco regulatorio que es aplicable a la telemedicina y a la telesalud en Chile está determinado a partir de distintas fuentes normativas. Estas fuentes pueden ser organizadas en cuatro clases: primero, las normas jurídicas de aplicación general que son extensibles a la atención remota por analogía con la atención de salud presencial; segundo, las normas jurídicas especiales sobre telemedicina y telesalud; tercero, las normas jurídicas y administrativas dictadas en el período de la alerta sanitaria por COVID-19, que autorizan y establecen requisitos para las prestaciones de salud mediante teleconsultas; por último, normas de carácter internacional dictadas por la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales como la Asociación Médica Mundial.

4.2.1 Normas jurídicas de aplicación general

La telemedicina y la telesalud en nuestro país no cuentan con una regulación específica ni por vía legal ni reglamentaria. No obstante, a la atención de salud a distancia le son aplicables normas jurídicas generales de distinta jerarquía que rigen para la atención de salud presencial. En primer lugar, se aplican las normas constitucionales, en particular, el artículo 19 n° 9 de la Constitución Política de la República, que asegura a todas las personas el derecho a

la protección de la salud y establece como deber del Estado proteger el libre e igualitario acceso a acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Este derecho está reforzado por la Ley N° 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, que en su artículo 3° establece la función pública del Estado de satisfacer las necesidades de la población de manera continua y permanente. El DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469, refuerza aún más el contenido de este derecho constitucional y las funciones del Estado al respecto, disponiendo en su artículo 1° que corresponde al Ministerio de Salud la responsabilidad de coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar las acciones de salud.

La protección de los derechos de los pacientes antes, durante y después de una atención remota está garantizada por medio de la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Esta ley consagra el derecho a la autonomía del paciente (expresada a través del proceso de consentimiento informado), el derecho de información, y el derecho de confidencialidad y privacidad (reserva de la información contenida en la ficha clínica), los cuales se desarrollan y complementan en los reglamentos respectivos de esta ley. La ley de derechos de los pacientes remite en materia de privacidad a la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada que regula el tratamiento, transmisión y almacenamiento de datos de carácter personal, dentro de los cuales se incluyen los datos sensibles, entre ellos, los de salud. La autoridad sanitaria se pronunció respecto de la aplicación de estas dos leyes a la telemedicina mediante el Ordinario N° 2C/247 dictado el año 2018 por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el que se dispone que para este tipo de atenciones deben cumplirse las políticas de seguridad de la información del Ministerio de Salud y con lo establecido en la Ley N° 20.584, en lo relativo a las normas de consentimiento informado y su formalidad, y con la Ley N° 19.628, en lo relativo a la protección de datos personales.

Para el ejercicio de la telemedicina y la telesalud también tiene aplicación la Ley N° 19.799 sobre documentos electrónicos, firma electrónica y servicios de certificación de dicha firma, desarrollada y complementada por su Reglamento, Decreto N° 181/2002 del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, modificado por el Decreto N° 14/2014. Además, hay otras normas aplicables de rango inferior al legal contenidas en decretos que afectan la regulación de la seguridad de la información en telemedicina y telesalud, a saber, el Decreto N° 83/2005 del Ministerio Secretaría General de la República, que aprueba norma técnica para los órganos de

la administración del Estado sobre seguridad y confidencialidad de los documentos electrónicos. En esta misma materia, el Ministerio de Salud ha dictado un conjunto de resoluciones que establecen las políticas de seguridad de la información: Política de desarrollo de sistemas (Resolución Exenta N° 778/2014), Política de protección de datos y privacidad de la información personal (Resolución Exenta N° 1082/2014), Política de relaciones con los proveedores (Resolución Exenta N° 1543/2016) y Política de seguridad en la gestión de proyectos y monitoreo de los acuerdos de servicio (Resolución Exenta N° 1565/2016). También, en materia de información en salud, hay que mencionar el Decreto Exento N° 643/2016 Ministerio de Salud, que sustituye la norma técnica sobre estándares de información en salud.

También hay que mencionar aquellas normas jurídicas aplicables a los profesionales de la salud y que son igualmente aplicables para el ejercicio de la telemedicina y la telesalud. Las normas que se aplican son las del libro V del Código Sanitario titulado “Del ejercicio de la medicina y profesiones afines” (médico-cirujano, cirujano-dentistas, enfermera, matrona, tecnólogo médico con mención en oftalmología, químico-farmacéutico) que regula el ejercicio de las profesiones de salud.

Este mismo cuerpo legal regula otra materia de importancia para la telemedicina. El artículo 101 regula la receta médica electrónica, el cual fue modificado por la Ley N° 21.267 de septiembre de 2020 que establece medidas para facilitar la adquisición de fármacos en el contexto de una alerta sanitaria por epidemia o pandemia, eliminando definitivamente el requisito anterior de la firma electrónica avanzada, bastando ahora firma electrónica simple, cuyos requisitos y condiciones deberán ser fijados por un reglamento. También, con la dictación de la Resolución Exenta N° 58 de mayo de 2020 del Ministerio de Salud que autorizó el comercio electrónico de medicamentos y modifica Decreto N° 466, de 1984, del Ministerio de Salud, que aprueba Reglamento de farmacias, droguerías, almacenes farmacéuticos, botiquines y depósitos autorizados, se efectuó otra modificación que permitió la emisión de receta simple o retenida electrónica mediante copia digitalizada de una receta emitida por medios físicos.

En lo que atañe al régimen de responsabilidad legal de los prestadores y profesionales de la salud, las normas de referencia son las del Libro IV del Código Civil, cuando se trata de la responsabilidad contractual y/o extracontractual de prestadores y profesionales de la salud privados, y la Ley N° 19.966 que establece un régimen de garantías en salud, cuando se trata

de la responsabilidad de los prestadores de salud públicos y profesionales de la salud en calidad de funcionarios públicos.

Por último, es pertinente mencionar dentro de las normas de aplicación general a la Ley N° 21.220 que modifica el Código del Trabajo en materia de trabajo a distancia, aprobada en abril de 2020, en la que se incorpora un nuevo capítulo en el Título II del Libro I, “Capítulo IX. Del trabajo a distancia y teletrabajo”. En este capítulo se regulan los derechos del teletrabajador y las condiciones en las que tiene que realizarse el trabajo a distancia. Entre sus normas es importante referirse al artículo 152 quáter H inciso final que dispone: “No se considerará trabajo a distancia o teletrabajo si el trabajador presta servicios en lugares designados y habilitados por el empleador, aun cuando se encuentren ubicados fuera de las dependencias de la empresa”. Destacamos esta norma porque es usual que la telemedicina sea ejercida por los profesionales de la salud en lugares designados y habilitados por el empleador, caso en el cual, según la citada disposición, no estaríamos en una relación de trabajo a distancia o teletrabajo.

4.2.2 Normas jurídicas relativas a la Telemedicina y la Telesalud

La normativa que se ha dictado específicamente para telemedicina y telesalud ha sido, hasta la fecha, inorgánica y con distintas finalidades. En primer lugar, cabe mencionar la Resolución Exenta N° 342/2018 del Ministerio de Salud que aprobó el Programa Nacional de Telesalud, en el cual se establecen las definiciones y lineamientos que debe seguir cualquier estrategia de telesalud implementada en las Redes Asistenciales. Ese mismo documento contiene en su primera parte, relativa a los antecedentes y contextos del Programa, un apartado con el marco legislativo aplicable a la telesalud, en el que se hace referencia a algunos instrumentos jurídicos específicos que dictó la División Jurídica del Ministerio de Salud en relación con la aplicabilidad de la modalidad de telemedicina en las prestaciones de salud asociadas al Auge-GES y no GES, y sobre la responsabilidad médico legal asociada a dicha prestación, a través los Memorándums A15 N° 04995, de 31 de diciembre de 2013 y Memorándum A 15 N° 0223, de 03 de septiembre de 2015. En lo esencial, dichos memorándums disponen que la telemedicina tiene por finalidad colaborar en la atención de salud (evaluación de antecedentes, exámenes, asistencia técnica de la labor médica), por lo que es parte de los procedimientos profesionales de colaboración entre equipo de salud responsable de la atención presencial y profesional *ad hoc* a distancia. Y en cuanto a la responsabilidad, señala que esta se determina por las actuaciones de cada profesional y caso a caso, añadiendo que siempre debe haber un equipo médico que evalúe al paciente de manera presencial. A lo

anterior, se suma el Ordinario 2C/247, de 29 de enero de 2018, en el que se valida la aplicación de las normas de la Ley N° 20.584, en cuanto a los requisitos y formalidades del consentimiento informado, a la atención a distancia.

En el 2019 se reconoce código de arancel FONASA para consultas por telemedicina en la Modalidad de Atención Institucional, mediante Resolución Exenta N° 49 del Ministerio de Salud. Y al año siguiente, antes de la pandemia por Covid-19, se reconocen códigos de prestaciones por telemedicina en distintas especialidades en la Modalidad Libre Elección, mediante la Resolución Exenta N° 54 del Ministerio de Salud. En relación con la Ley GES, cabe mencionar el Decreto N° 22/2019 del Ministerio de Salud que incorpora a dicha ley nuevas prestaciones cubiertas, indicando, además, que pueden otorgarse mediante telemedicina, teleconsulta y otros usos de salud digital según la Norma de carácter Técnico Médico y Administrativo.

Hay también una norma específica para telemedicina, aún en tramitación legal, contenida en el proyecto de ley Boletín N° 13375-II que autoriza a los prestadores de salud para efectuar atenciones mediante telemedicina. Si bien este proyecto de ley fue ingresado en el período de alerta sanitaria por COVID-19 en el que se dictaron varias disposiciones relativas a la telemedicina aplicables a dicho período, como especificamos a continuación, la norma que introduce el proyecto en comento busca una modificación permanente de la Ley N° 20.584, incluyendo un nuevo artículo que autoriza a los prestadores a efectuar prestaciones mediante telemedicina, manteniendo registros, en los mismos términos que la atención presencial.

4.2.3 Normas jurídicas y administrativas relativas a la telemedicina en período de Alerta Sanitaria por COVID-19

A partir de la llegada de la pandemia por Coronavirus al territorio nacional, el Ministerio de Salud, ha modificado la Resolución Exenta N° 277/2011 que establece las normas técnico administrativas para la aplicación del arancel del Régimen de Prestaciones de Salud DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección, a través de la dictación de tres Resoluciones Exentas: N° 204/2020, N° 226/2020 y N° 351/2020, publicadas los días 27 de marzo, 29 de abril y 25 de junio, respectivamente. Estas resoluciones tienen en común el hecho de que autorizan el uso de códigos para las atenciones remotas, durante el período de vigencia de la Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud, diferenciándose sólo en el tipo de atención que autorizan. En efecto, la Resolución Exenta N° 204/2020 habilita códigos para atención remota en las materias de Medicina General, Especialidades Médicas, Psicología,

Fonoaudiología y Nutrición. La Resolución Exenta N° 226/2020 habilita códigos para atención remota en las especialidades de Traumatología y Ortopedia, Neurología pediátrica y Kinesiología. Y la Resolución N° 351/2020 incorpora códigos de atención para Terapia ocupacional. Junto con habilitar códigos para primeras consultas o consultas de seguimiento y/o control a distancia, el Ministerio en estas resoluciones exentas dispone ciertas condiciones para la realización de este tipo de prestación, como la necesidad de registro en los mismos términos que la atención presencial, que la prestación sea realizada por el profesional seleccionado por el paciente, que esta se realice en un ambiente privado y dedicado exclusivamente para ello, junto con todas las garantías de privacidad y seguridad de la información del paciente en los términos de la Ley N° 20.584. Como complemento a las resoluciones anteriores, cabe mencionar la Circular N° 49/2020 de la Superintendencia de Salud, que establece la emisión de licencias médicas electrónicas en consultas médicas remotas autorizadas por dichas resoluciones.

Las exigencias que las resoluciones anteriores establecieron para la atención remota fueron desarrolladas y ampliadas tanto en la Circular N° 7/2020 de la Superintendencia de Salud que informa e instruye los deberes específicos que asisten a los prestadores individuales e institucionales de salud en telemedicina, como en el Ordinario A15 N°2448 “Sobre uso de las tecnologías de información y comunicación en el ámbito de salud”. En estos instrumentos se establecen las condiciones para brindar la atención remota en lo relativo a los aspectos administrativos, información a entregarse al paciente, confidencialidad, privacidad e intimidad, derechos contenidos en la Ley N° 20.584 aplicables a este tipo de atención, y aspectos relacionados con el término de la atención.

Una de las últimas normativas dictadas en periodo de alerta sanitaria, antes del cierre de este documento, fue la Ley N° 21.267 que establece medidas para facilitar la adquisición de fármacos en el contexto de una alerta sanitaria por epidemia o pandemia, aprobada en septiembre de 2020, que autoriza en estas situaciones el uso de copia de recetas médicas en formato físico o digital, disponiendo, además, que la vigencia de las recetas médicas comenzará desde los seis meses anteriores a la publicación del decreto de alerta sanitaria hasta seis meses después de su término.

4.2.4 Normas internacionales

Dentro de las normas internacionales que son de relevancia para la telemedicina y la telesalud, se puede mencionar, en primer lugar, la Resolución WHA.58.28 de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud de 2005, mediante la cual se insta a los Estados miembros a la elaboración de planes estratégicos de ciber salud que cuenten, en otros aspectos, con los marcos jurídicos apropiados; además, insta a los Estados miembros a que fomenten la colaboración multisectorial para definir criterios y normas de ciber salud, asegurando de ese modo la disponibilidad de normas en materia de calidad, seguridad y ética, y el respeto de los principios de confidencialidad de la información, privacidad, equidad e igualdad. En segundo lugar, cabe mencionar la Resolución WHA 71.7 de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en la 71ª Asamblea Mundial de la Salud de 2018, que insta a los países miembros a adoptar estrategias de salud digital mediante políticas públicas nacionales.

En este nivel es importante también referirse a la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Ética de la Telemedicina, adoptada en la 58ª Asamblea General de la AMM (Copenhague, 2007) y enmendada por la 69ª Asamblea General de la AMM (Reykjavik, 2018), que define telemedicina y establece principios y recomendaciones éticas para el desarrollo e implementación de la telemedicina. Específicamente, la Declaración establece principios éticos orientados a la relación médico-paciente, la autonomía y privacidad del médico, la responsabilidad del médico y la calidad de la atención, junto con otras recomendaciones, dentro de las cuales está la promoción de la creación de normas éticas, de buenas prácticas, legislación nacional y acuerdos internacionales sobre asuntos relacionados con el uso de la telemedicina.

4.3 Principios jurídicos orientadores aplicables a la telemedicina

Actualmente, la telemedicina y la telesalud están sujetas a normas jurídicas no específicamente diseñadas para regular estos servicios y prestaciones, y aunque en futuro se dicte una normativa especial, resulta necesario contar con un conjunto ordenado y estructurado de principios que faciliten la interpretación y aplicación de las normas jurídicas en escenarios concretos. Los principios que proponemos no solo cumplen la función de extender por analogía normas jurídicas de aplicación general, sino también sirven para determinar cuándo se debe contar con normas jurídicas especiales. De este modo

contribuyen a definir una estrategia regulatoria de mínimos y a orientar el diseño y elaboración de una regulación específica, en caso de que la autoridad legislativa o regulatoria nacional decida hacerlo.

Los principios propuestos se estructuran en cuatro clases (ver figura 1). La primera clase de principios (*principios marco*) incluye a las siguientes tres clases. Los *principios habilitantes* para la prestación de cualquier servicio de telemedicina, los principios procedimentales que establecen las condiciones operativas para estas prestaciones (*principios operativos*) y los principios que consideran a los requisitos que garantizan un estándar adecuado de atención a distancia dentro de la relación entre profesionales de la salud y el paciente (*principios de protección al paciente*).

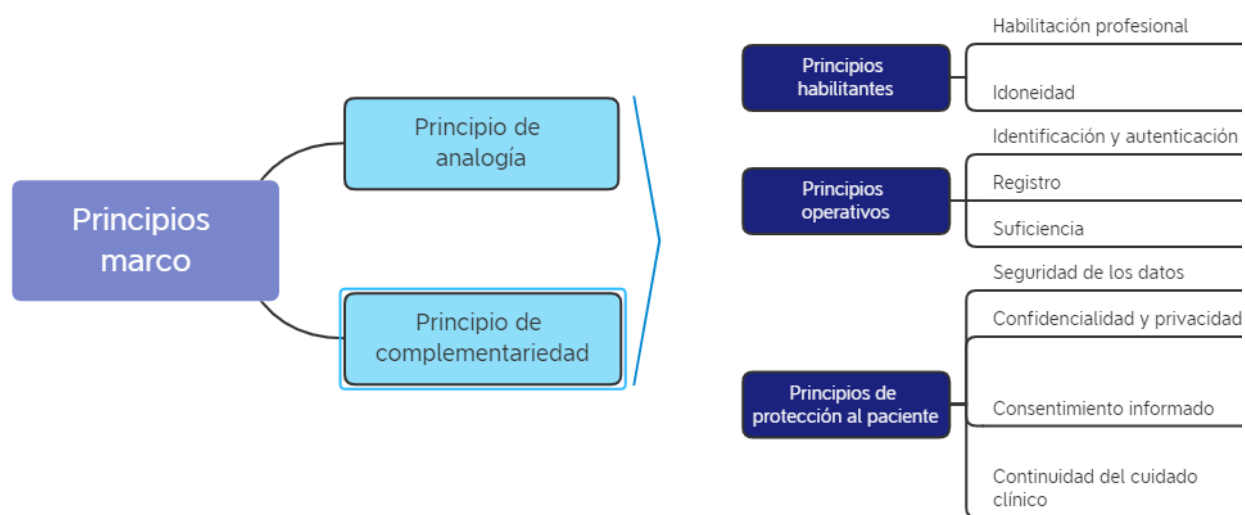


Fig. 1: Esquema de principios orientadores aplicables a la telemedicina

El conjunto de estos principios tiene un alcance objetivo y subjetivo. El objetivo apunta a delimitar la aplicación de las normas jurídicas vigentes de aplicación general al ámbito específico de la telemedicina, dando un contenido específico a las obligaciones jurídicas tanto de los prestadores de salud como de los profesionales de salud, y a los derechos de los pacientes. El alcance subjetivo permite distinguir qué reglas jurídicas son aplicables según el tipo de actor involucrado en una prestación de telemedicina, sea este un prestador institucional de salud público o privado, un profesional médico u otros profesionales de la salud y proveedores de servicios tecnológicos.

Principios marco. Están integrados por los principios de analogía y complementariedad que se aplican de manera transversal a la prestación y servicios de telemedicina y telesalud. El principio de analogía se sustenta en la idea de que la telemedicina no es más que otro modo de proveer el mismo cuidado en salud que se presta de manera presencial, y no una nueva clase de atención clínica por sí misma. Este principio adquiere dos sentidos: en un sentido formal, las reglas, principios y criterios jurídicos que son aplicables a la atención de salud presencial son también aplicables a la atención de salud a distancia, salvo que exista una regla especial para esta última; y en un sentido material (criterio no inferioridad), el mismo estándar de seguridad, calidad y cuidado que es válido para el escenario presencial rige también para la prestación a distancia, de tal modo que la telemedicina no puede ser una justificación para aceptar un estándar inferior de cuidado. También la atención a distancia debe entenderse a la luz del principio de complementariedad. Este último principio permite comprender que la telemedicina y la telesalud tienen por objetivo el fortalecimiento del sistema de atención de salud, complementando y extendiendo la red de atención presencial.

Principios habilitantes. Son aquellos principios que se aplican a nivel del sistema de salud y de cada prestador institucional, que permiten identificar que se cuenta con los medios físicos y humanos para el funcionamiento de las prestaciones a distancia y que estos sean adecuados e idóneos para la atención del paciente.

- **Principio de habilitación profesional.** Este principio, en virtud del principio de analogía, establece que quienes están autorizados para el ejercicio de la medicina y otras profesiones de la salud en la modalidad presencial, según lo establecido en el Código Sanitario en su libro V (artículos 112 y siguientes), lo están también para el ejercicio de la misma en la modalidad a distancia. Este es el estándar común en el derecho comparado, aunque en otras jurisdicciones se exige una licencia especial para el ejercicio de la telemedicina [1]. Si bien la habilitación profesional para el ejercicio presencial constituye el mínimo jurídicamente exigible, la autoridad regulatoria o los prestadores de salud podrían recomendar que los profesionales de salud cuenten con competencias técnicas para prestar servicios de telemedicina, mediante certificaciones válidas para este fin.
- **Principio de idoneidad.** Este principio tiene, al menos, tres sentidos. El primero, que se deriva del principio marco de analogía, expresa el criterio de no inferioridad: la calidad de la prestación telemédica no debe ser inferior a la calidad de la prestación presencial,

de lo cual se deriva que no toda atención de salud puede y debe proveerse a través de telemedicina. El segundo sentido expresa la condición de idoneidad en que se deben encontrar los medios técnicos (dispositivos de apoyo y otros insumos) y humanos para realizar las prestaciones a distancia que debe garantizar el prestador de salud. El tercer sentido apunta a fijar como criterio habilitante una relación clínica presencial previa para la prestación clínica a la distancia. Este criterio, sin embargo, es minoritario en el derecho comparado (ej. Portugal y Brasil) [1]. Y, de acuerdo al marco regulatorio vigente en nuestro país, este no conforma un criterio exigible jurídicamente. Estos lineamientos recomiendan no establecer, como requisito legal, una atención clínica presencial previa para las atenciones a la distancia. No obstante, la autoridad regulatoria o los prestadores de salud podrían, para determinados contextos clínicos y tipo de pacientes específicos, recomendar este criterio de idoneidad (Véase sección 5.1 Deberes y estándares del cuidado clínico. Numeral 6).

Principios operativos. Son aquellos principios que deben ser aplicados al inicio o durante cada prestación clínica a la distancia y que configuran elementos básicos de la relación entre equipo de salud y paciente para brindar servicios de telemedicina seguros y de calidad. Estos principios se proyectan en el proceso de atención clínica a la distancia a través de los principios de protección al paciente. Los principios operativos están dirigidos de preferencia a los médicos, a otros profesionales de salud y a los pacientes, como también, a los prestadores de salud y al personal técnico que apoya el proceso de atención en lo relativo a la seguridad de la información.

- **Principio de identificación, autenticación y autorización.** La identificación, autenticación y autorización del paciente, el médico u otros profesionales de la salud, y del prestador de salud, se debe considerar obligatoria antes del inicio de cualquier servicio telemédico. Es esencial que el médico u otro profesional de la salud y el paciente se puedan identificar y autenticar mutuamente con toda seguridad cuando tenga lugar una prestación telemédica.
- **Principio de registro.** Todas las atenciones de salud brindadas por servicios de telemedicina deben ser registradas de manera íntegra y ordenadas cronológicamente, evitando la fragmentación de la información y con ello el riesgo de decisiones clínicas que no cuenten con toda la información disponible. Para ello se

hace necesario que las fichas clínicas estén integradas de tal modo que puedan asegurar el flujo de información.

- **Principio de suficiencia.** En toda prestación a distancia, la regla general es que el médico u otro profesional de la salud debe recabar la información suficiente que le permita dar curso a un siguiente acto de salud (sea presencial o no), de tal modo que se dé continuidad a la atención del paciente. Estos actos de salud pueden consistir en iniciar una atención a distancia y/o emitir un diagnóstico o proponer un tratamiento u otra indicación clínica, o dar curso a una nueva atención de salud.

El médico u otro profesional de salud deben procurar obtener información suficiente de la ficha clínica o la información proporcionada por otro médico involucrado en la atención del paciente. En todo caso, este principio debe ponderarse caso a caso, evaluando el contexto específico.

Principios de protección al paciente. Son aquellos principios que acompañan a todo el proceso de la relación clínica a la distancia, cuyo objetivo es garantizar estándares mínimos de seguridad, eficacia y calidad en la atención de salud por telemedicina, resguardando los derechos de los pacientes consagrados por nuestra legislación. La Ley N° 20.584 regula el derecho del paciente a la seguridad y calidad en la atención de salud (artículo 4°) junto con los derechos de autonomía, privacidad y confidencialidad. Estos principios están dirigidos de preferencia a los médicos, otros profesionales de salud y a los pacientes, como también, a los prestadores de salud y a los proveedores de servicios tecnológicos que apoyan el proceso de atención en cuanto a la seguridad de la información.

- **Principio de seguridad de los datos.** El prestador de salud debe garantizar que toda prestación clínica a distancia cuenta con los resguardos adecuados para garantizar la seguridad del almacenamiento, procesamiento y transmisión de los datos del paciente, estableciendo mecanismos de protección de los datos sensibles de acuerdo a la legislación vigente o estándares internacionales más estrictos. Dentro de su esfera de competencias, los profesionales de la salud deben proteger este principio obrando de acuerdo a los protocolos de seguridad de los datos que establece el proveedor.
- **Principio de confidencialidad y privacidad.** El o los médicos junto con otros profesionales de salud involucrados en la atención de un paciente mediante telemedicina están obligados, cada uno y en conjunto, a respetar la confidencialidad y

privacidad del paciente, de acuerdo a lo establecido en la legislación vigente. La entrega de información del paciente a terceros no involucrados en la atención de salud se debe realizar con la autorización expresa de la ley o del propio paciente. Los prestadores de salud están obligados a resguardar la confidencialidad de la información del paciente cuando la ponen a disposición de proveedores de servicios informáticos externos.

- **Principio del consentimiento informado.** En la atención clínica a distancia este principio en cuanto a sus requisitos y formalidades (consentimiento informado verbal o por escrito), está sujeto a las mismas exigencias legales de la atención en salud presencial, aunque caben al menos dos consideraciones. Primero, las características propias de la modalidad de atención por telemedicina con sus riesgos y limitaciones deben ser informadas al paciente, por lo que no basta con la información relativa a la prestación. Segundo, debido a que la modalidad a distancia requiere tratamiento e intercambio de datos, especial importancia adquiere el consentimiento del paciente para el uso de sus datos.
- **Principio de continuidad del cuidado del paciente.** Los actos y procesos de atención al paciente bajo la modalidad telemédica son parte integral de un sistema bien organizado que debe garantizar la continuidad del cuidado del paciente, evitando la fragmentación de la información que se podría generar entre los actos telemédicos, o entre estos actos y los presenciales. Este deber recae primariamente en el prestador, quien debe diseñar e implementar mecanismos que aseguren, dentro de protocolos, que cada prestación a distancia finaliza con la debida y completa información al paciente y coordinar con las prestaciones de salud siguientes (por ej. entrega de medicamentos, solicitud de exámenes, atención presencial, entre otras).

4.4 Regímenes de responsabilidad legal aplicables a la telemedicina y la telesalud

La prestación clínica a distancia, al igual que la prestación clínica presencial, posee el riesgo -no deseado, aunque existente- de que se incurra en daños al paciente producto de la negligencia de uno o más de los profesionales de salud involucrados en su atención. En algunos de estos casos y cumpliéndose ciertos requisitos legales, se puede incurrir en responsabilidades tanto civiles como penales. A continuación, analizaremos la responsabilidad civil por constituir el régimen común para interpretar la responsabilidad legal

en términos generales y, además, por ser más frecuente en la *praxis* sanitaria que la responsabilidad penal por imprudencia médica.

4.4.1 Aspectos generales de la responsabilidad civil médica

La responsabilidad civil puede ser definida como un sistema de atribución de riesgos en virtud del cual una persona se encuentra obligada a indemnizar a otra, producto de haberle causado un daño. Uno de los ámbitos de mayor interés dentro de la responsabilidad civil es la responsabilidad civil médica, debido a las diversas manifestaciones de daños propios de la *praxis* médica, hoy en día altamente tecnificada, como también de la necesidad de distinguir entre aquellos daños y riesgos que son inherentes a la enfermedad, de aquellos que son introducidos debido a la actividad negligente del médico, de otro profesional de la salud y/o del prestador. De atribuirse todo daño que manifieste el paciente al prestador y a los profesionales de salud que intervienen en la atención, la práctica médica sería inviable. También una adecuada distribución de riesgos de acuerdo a principios jurídicos debería desincentivar una medicina defensiva, la que sin duda produce efectos negativos tanto para la atención clínica como para el servicio de salud en su conjunto. De ahí la importancia de precisar y delimitar los regímenes legales de responsabilidad en telemedicina según los diversos actores que intervienen en la atención de salud.

La responsabilidad civil médica carece de una legislación específica y se rige por las reglas generales del derecho común, a diferencia de regímenes especiales de responsabilidad civil como, por ejemplo, el de ensayos clínicos y productos sanitarios defectuosos. El régimen de la responsabilidad civil médica es resultado de la elaboración jurisprudencial, caso a caso, y del conocimiento de expertos (dogmática jurídica). La excepción es la responsabilidad de los prestadores públicos de salud, que está sujeta al régimen legal de falta de servicio por parte del Estado.

Si bien la responsabilidad civil médica se rige por el régimen general de responsabilidad civil, mantiene diferencias con ésta en algunos aspectos. Por ejemplo, en el régimen general las partes pueden modificar en forma previa el grado de culpa por el cual cada parte responderá (grave, leve o levísima) ante una infracción del deber de cuidado. En cambio, en materia médica, modificar el grado de culpa por la cual será responsable el profesional de la salud no es posible de hacer por vía contractual. Esta diferencia obedece fundamentalmente a que la

responsabilidad civil médica consiste en un modo de proteger intereses fundamentales de la persona, los cuales son irrenunciables.

Otro aspecto que diferencia la responsabilidad civil médica del régimen general se encuentra en el valor probatorio de los registros clínicos privados (por ej. la ficha clínica). De acuerdo a las reglas generales del derecho de obligaciones, los documentos elaborados por solo una de las partes jamás constituyen prueba en favor de ella, ni sirven para acreditar una pretensión ante terceras personas. En materia médica, en cambio, los registros clínicos elaborados por la institución de salud y sus profesionales constituyen prueba y son por tanto un medio de defensa, pudiendo estos eximir o atenuar la responsabilidad civil.

4.4.2 Consideraciones especiales sobre la responsabilidad civil médica en el ámbito de la telemedicina y la telesalud

La telemedicina y la telesalud, en virtud del principio de analogía, se encuentra sujeta a los principios y reglas propias de la responsabilidad civil médica aplicadas a la relación clínica presencial. Sin embargo, el factor distancia y el uso de tecnologías de la información y comunicación introducen riesgos adicionales que exigen un análisis específico de los deberes de cada uno de los actores que intervienen en una atención de salud bajo esta modalidad. Si bien, bajo la mirada del principio de analogía, los deberes del médico y de otros profesionales de la salud que realizan telemedicina son los mismos que en la actividad presencial, el factor distancia añade dos tipos de impacto que tienen consecuencias a nivel jurídico: un impacto debido a la distancia física o geográfica, que origina deberes propios de la atención remota; y un impacto debido a la distancia organizacional, que hace necesario adaptar el contenido y alcance de los deberes propios de la relación presencial a la modalidad a distancia. A modo de ejemplo, se puede mencionar como deberes que son consecuencia del impacto debido a la distancia física o geográfica, los relativos a la seguridad de la información que viaja y la necesidad de identificar, autenticar y autorizar a los actores que participan; y como deberes que son consecuencia de un impacto debido a la distancia organizacional se encuentran las obligaciones de registro en la historia clínica y de proteger la seguridad de la información, la confidencialidad y privacidad.

Un punto de partida para el análisis es considerar que toda responsabilidad civil es una infracción a un deber preexistente. Por ello, en caso de que se produzca un daño dentro de una atención de salud telemédica, será necesario determinar el contenido y alcance de las

obligaciones y deberes de cada uno de los profesionales de salud involucrados en la atención a distancia, y si estos se han cumplido. De la comparación entre estas obligaciones y deberes, y el comportamiento efectivo, se podrá determinar si se ha incurrido en una infracción que pudiere dar lugar a responsabilidad civil.

Para este fin es importante considerar los modelos relacionales en telemedicina (Ver Capítulo 3) y los protocolos de atención respectivos, los cuales contribuyen a especificar y anticipar el rango de posibilidades que pueden ocurrir en las prestaciones clínicas a distancia, y establecer el curso de acción a seguir en cada escenario. De esta forma, ayudan a reducir los riesgos y disminuir la ocurrencia de un daño al paciente. En todo caso, si bien existen responsabilidades compartidas por el equipo de salud que desarrolla de forma conjunta el proceso de atención clínica de acuerdo a ciertos protocolos, estas responsabilidades son diferenciadas según las esferas de competencia de cada profesional participante, de la misma manera como sucede en la atención presencial.

Para determinar el alcance de la responsabilidad de cada profesional de la salud en actividades de telemedicina y telesalud, se habrá de tener en cuenta los deberes que le corresponden según normas jurídicas, usos normativos (*lex artis*) y el estándar de conducta que la jurisprudencia ha establecido, dando contenido a un patrón abstracto de diligencia debida.

Las fuentes normativas legales que tienen relación directa con la responsabilidad de los profesionales de la salud en la atención remota se encuentran en los siguientes cuerpos legales: La Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, y los Reglamentos que la complementan y desarrollan; la Ley N° 19.966 sobre Régimen General de Garantías en Salud (conocida como Ley AUGE-GES); el Código Sanitario en su libro V que regula el ejercicio de la medicina y profesiones afines [2]. Ahora bien, en el caso de los médicos, cabe añadir otras fuentes normativas no legales como la *lex artis* médica, la cual consiste en el estándar de buen desempeño profesional que comprende el conocimiento actualizado y las habilidades y destrezas necesarias para una atención óptima e integral de los pacientes. Otra de las fuentes normativas relativas a la responsabilidad es la reciente Circular N° 7/2020 de la Superintendencia de Salud que informa e instruye los deberes específicos que asisten a los prestadores individuales e institucionales de salud, respecto de las prestaciones remotas que fueron comprendidas en la Resolución Exenta N° 204/2020 del Ministerio de Salud. Y en cuanto

a la responsabilidad de los profesionales no pertenecientes al ámbito de la salud, estos quedan sujetos a las normas comunes de responsabilidad civil, por ejemplo respecto del deber garantizar la seguridad de la información.

Para distinguir los regímenes de responsabilidad aplicables a las actividades en telemedicina y telesalud, hay que tener en consideración tres aspectos: a) si en dicha actividad participó el Estado a través de sus órganos de administración o de sus funcionarios (de hospitales o servicios de salud públicos); b) en caso de tratarse de una relación entre privados, si existe un vínculo contractual entre ellas y c) si el vínculo contractual fue establecido con un prestador institucional privado de salud o un prestador individual (persona natural).

- a) En este caso, se aplica el régimen de responsabilidad del Estado, establecido a partir del artículo 38 inciso 2º de la Constitución Política de la República, en conjunto con lo establecido en el artículo 44 de la Ley N° 18.575 que establece la responsabilidad de los órganos del Estado por falta de servicio y que, en el caso de hospitales o servicios públicos de salud, está regido por el artículo 38 de la Ley N° 19.966 (AUGE- GES). La Carta Fundamental establece la posibilidad de reclamar judicialmente por los derechos que se vean lesionados como consecuencia de la actividad de los órganos de la Administración del Estado y la Ley dispone que en materia sanitaria estos órganos serán responsables de los daños que causen por falta de servicio. La jurisprudencia mayoritaria define la falta de servicio como aquella en que el prestador público actúa de manera deficiente en relación con un estándar esperado de conducta, o actúa tardíamente o bien no actúa. La doctrina también la ha denominado “culpa de la organización” en cuanto la falta de cuidado debido puede que no sea atribuible a una persona determinada, sino que se debe a una negligencia en los procesos y mecanismos de control de la organización. De todas formas, si la falta de servicio del Estado es atribuible a personas determinables, el prestador público de salud pueda accionar contra el funcionario que haya incurrido en falta personal.
- b) En el caso de que exista entre las partes un vínculo contractual previo, se distinguen dos regímenes de responsabilidad civil: contractual y extracontractual. En materia de responsabilidad civil médica, la doctrina estima que el régimen general de responsabilidad es la contractual, por cuanto se indemnizan aquellos daños asegurados a través del contrato entre el paciente y la institución de salud. Por nuestra parte estimamos que, en materia de responsabilidad civil en telemedicina y telesalud,

el régimen general corresponderá al contractual, porque la situación normal consiste en la existencia de un vínculo previo entre las partes, dado que la prestación de salud fue previamente aceptada por el paciente a través de un proceso de consentimiento informado. De tal modo que, en la atención clínica a distancia, es poco probable encontrarse con escenarios en los cuales no exista un vínculo contractual previo entre el médico y el paciente.

- c) En el caso de que el vínculo contractual previo sea con un prestador institucional privado de salud, este no responde solo por los hechos que le sean directamente imputables (por ej. deficiencias organizacionales o fallas en la plataforma de atención), sino también por el hecho del médico que está contratado o por el hecho del médico que presta servicios a la clínica.

4.5 La interpretación de la *lex artis* en telemedicina y telesalud

La responsabilidad civil del médico u otro profesional de salud está determinada por la infracción de deberes de cuidado que le corresponden como profesional y estos deberes emanan de la *lex artis*, que está formada por aquellos conocimientos de la ciencia médica o de la salud y las prácticas reconocidas como correctas por los pares. La pregunta que surge es en qué medida y en cuáles aspectos el factor distancia afecta a los deberes que conforman la *lex artis* aplicada a los escenarios presenciales.

Para responder a lo anterior, se propone un conjunto de deberes que el médico u otro profesional de la salud debe seguir en una prestación clínica a distancia, que configura una *lex artis* para la telemedicina o telesalud. Para ello distinguimos, por un lado, deberes que emanan de un escenario de riesgo relacionado con el factor distancia física en la relación clínica y, por otro lado, deberes que ya están presentes en una relación clínica presencial, pero que es necesario adaptar a la modalidad telemédica, porque el factor distancia introduce cambios organizacionales en la prestación, lo que trae consigo riesgos adicionales.

La modalidad a distancia introduce deberes propios o exige adaptar deberes ya existentes en la relación presencial, lo que altera el estándar tradicional de cuidado por el cual responde el médico u otro profesional de la salud (Ver Figura 2). A continuación describiremos cada una de estas categorías de deberes que son consecuencia del impacto debido a la distancia física y a la distancia organizacional.

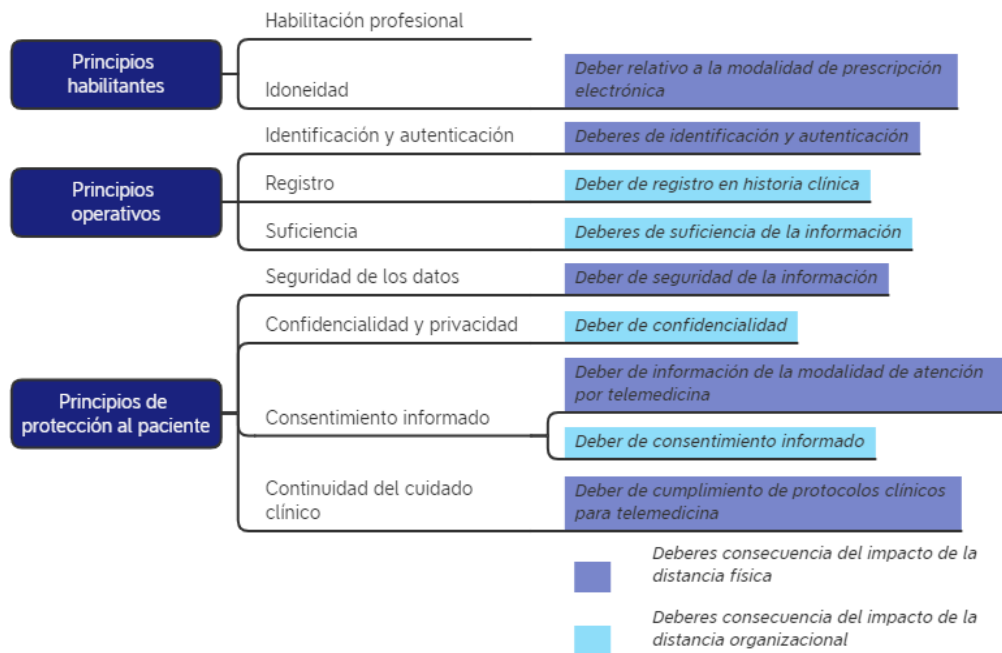


Fig. 2 Esquema de principios y deberes de cuidado

4.5.1 Deberes consecuencia del impacto de la distancia física

- Deber de identificación y autenticación.** Este deber obedece al hecho de que el contacto entre paciente y equipo de salud es a través de medios virtuales o de telecomunicaciones, por lo que se hace necesario cumplir con oportunos y adecuados procedimientos de verificación de identidad y autenticidad de los involucrados en los servicios telemédicos. En virtud del principio de analogía, la base legal de este nuevo deber está en algunas disposiciones de la Ley N° 20.584. El deber de identificación del paciente tiene fundamento en el artículo 5° letra b) que exige a los prestadores que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su propio nombre. El deber de identificación del equipo de salud encuentra sustento en el artículo 9° que expresamente señala que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que atienden al paciente deben tener algún sistema de identificación. Por último, el deber de autenticación se desprende a partir del artículo 4° de esta misma ley, que fija el principio de seguridad del paciente y de calidad de la atención de salud, obligando a los miembros de los equipos de salud y a los prestadores institucionales al cumplimiento de las normas vigentes y los protocolos establecidos en estas materias.

Esta norma legal sustenta el deber mencionado por cuanto busca asegurar que se eviten errores en la atención de salud, lo que incluye tanto un error en la identificación de un paciente como también un error en la identificación de los miembros del equipo de salud.

- *Deber de seguridad de la información.* El cumplimiento de este deber comprende a distintos actores según el ámbito de sus competencias. La obligación principal la tiene el prestador que está obligado a mantener la seguridad de los datos en los niveles de almacenamiento, procesamiento y transmisión. En el caso de los prestadores públicos, estos deben seguir las políticas de seguridad de la información que el Ministerio de Salud establece en distintas resoluciones (vid. supra) con el objetivo de lograr niveles adecuados de integridad, confidencialidad y disponibilidad para toda la información institucional relevante.

Respecto a la ficha clínica, el prestador está obligado a cumplir los estándares de almacenamiento, administración, protección y eliminación de estas de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 41/2012 del Ministerio de Salud. En el caso de que el prestador contrate servicios de almacenamiento, registro o custodia de datos con terceros proveedores, debe establecer estipulaciones contractuales que garanticen que estos cumplirán con los estándares de seguridad y confidencialidad establecidos en la ley que le son exigidos al prestador.

Por último, los profesionales, técnicos y administrativos, vinculados a los prestadores de salud, tienen el deber de respetar los estándares de seguridad de los datos conforme a los protocolos establecidos por la organización.

- *Deber de información de la modalidad de atención por telemedicina.* En la modalidad de atención presencial, el deber de información está asociado, por regla general, al derecho del paciente de consentir informadamente las atenciones de salud, o rechazarlas, para lo cual requiere información de su estado de salud, diagnóstico, alternativas de tratamiento y riesgos asociados, como también de sus pronósticos. Si bien lo anterior es un aspecto esencial de la *lex artis* médica, cuando se trata de atenciones a distancia se añade un deber de información especial, sobre la modalidad de la prestación a distancia, los beneficios, los riesgos y limitaciones que le son propios, y el modo de establecerse la relación del paciente con el equipo de salud. Junto a lo anterior, también es esencial que al paciente se le entregue información sobre la seguridad y protección de la información que es transmitida de un prestador a otro

mediante medios electrónicos. Y en los casos que se grabe el audio con fines de registrar el consentimiento informado o de auditoría, este hecho debe ser informado al paciente, a fin de que pueda consentir en su oportunidad. Aunque este nuevo deber forma parte de la *lex artis* para el ejercicio de telemedicina, es recomendable que se reconozca jurídicamente en una normativa especial. Con todo, se puede sostener su exigibilidad jurídica por vía interpretativa del artículo 8° de la Ley N° 20.584 (párrafo 4°: De del derecho de información), que en su letra a) dispone que al paciente se le debe informar tanto de las atenciones o tipo de acciones de salud que el prestador ofrece o tiene disponibles como las formas de acceder a ellas, dentro de las cuales debe comprenderse a la telemedicina. Aunque es necesario aclarar que en esta última materia este deber obliga al prestador institucional y no al profesional de salud.

- *Deber de cumplimiento de protocolos clínicos para telemedicina.* En la práctica médica actual el seguimiento de protocolos clínicos es resultado del aumento de la complejidad científica, técnica y organizacional de la medicina moderna. La telemedicina no es ajena a este proceso y añade nuevos escenarios de riesgo organizacional y técnico que hacen necesario instaurar protocolos específicos con el fin de ayudar a reducir los riesgos y disminuir la ocurrencia de un daño al paciente. El incumplimiento de deberes que emanan de un protocolo implica una responsabilidad para el médico y otros profesionales de la salud. En efecto, hay una infracción a la *lex artis* médica cuando se incumplen deberes contenidos en un protocolo, porque estos últimos acotan y precisan a la *lex artis*. Por otra parte, cuando los protocolos emanan de una autoridad con capacidad de dictar normas generales (por ej. Ministerio de Salud) y el incumplimiento de dichos protocolos es del prestador o institución obligada, se incurre en responsabilidad por culpa infraccional. Una base legal de una infracción de este tipo de deberes se encuentra en el artículo 4° de la Ley N° 20.584 que reconoce un derecho de los pacientes a que, en toda atención de salud, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes y los protocolos establecidos en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, tales como eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. El inciso segundo de este mismo artículo establece que la autoridad que debe aprobar un protocolo en materia de seguridad y calidad es el Ministerio de Salud, debiendo revisarlos y actualizarlos de acuerdo a la evidencia científica disponible. Por último, es importante examinar si el cumplimiento del protocolo y de los deberes previamente establecidos por una institución de salud para la ejecución de prestaciones clínicas a

distancia constituye por sí solo una razón suficiente para eximir de responsabilidad civil al profesional que eventualmente haya sido demandado. La recomendación, siguiendo la práctica de la responsabilidad civil, es que el deber de diligencia que le corresponde al médico u otro profesional de salud no se agota en el cumplimiento de los protocolos clínicos ni el cumplimiento de las normas dictadas por las autoridades de salud. En último término, la calificación de si la conducta médica y/o de los profesionales de la salud satisface el estándar de cuidado debido es determinada judicialmente, según los antecedentes y las circunstancias concretas.

- *Deber relativo a la modalidad de prescripción electrónica.* Constituye un deber propio del ejercicio de la telemedicina por cuanto la prescripción en esta modalidad solo es posible mediante vía electrónica, por lo que es esencial para completar un proceso de atención de salud remoto. El Código Sanitario en el artículo 101 autoriza a los médicos a emitir recetas electrónicas que cuenten con una firma electrónica según lo establecido en su reglamento. Por otra parte, con la modificación del Reglamento de Farmacias (Decreto N° 58/2019 MINSAL que modifica el Decreto N° 466/1984 MINSAL) que autoriza la venta electrónica de medicamentos, se contempla el expendio mediante receta simple y retenida electrónica, cumpliendo con los requisitos del actual artículo 101 del Código Sanitario o mediante copia digitalizada de una receta emitida por medios físicos. En el caso de receta simple digitalizada, quien expende el medicamento, tendrá que verificar la correspondencia entre el soporte físico y la digitalización de esta. En el caso de receta retenida digitalizada, la receta física deberá entregarse al momento de la recepción del medicamento por parte del consumidor. Con respecto a la receta cheque, se espera que con la dictación del reglamento de la Ley N° 21.267, la autoridad regulatoria contemple un sistema de digitalización de estas recetas, junto con una base nacional de recetas electrónicas foliadas que incluirá tanto a las recetas retenidas como a las recetas cheque. En este reglamento, se espera también que la autoridad regulatoria incluya los mecanismos necesarios para implementar un sistema de prescripción electrónica que brinde los resguardos correspondientes para habilitar la firma electrónica y prevenir el uso fraudulento de recetas emitidas.

4.5.2 Deberes consecuencia del impacto de la distancia organizacional

- *Deber de registro en historia clínica.* El acceso y registro de la información del paciente, en la modalidad de atención a distancia, debe realizarse de tal modo que la

información sea accesible de manera coordinada entre distintos prestadores o un mismo prestador, permitiendo su uso en los actos siguientes de atención y evitando la fragmentación de la información del paciente. Es importante agregar que el deber de registro comprende a todos los actos del proceso de atención telemédica, incluido el de aceptación o el rechazo por parte del paciente a ser atendido bajo esta modalidad.

- *Deber de suficiencia de la información.* En toda atención al paciente, el médico debe contar con información suficiente, en calidad y cantidad, para dar inicio a una atención y luego tomar una decisión clínica o dar curso a una nueva atención. En la modalidad de atención a distancia este deber adquiere nuevos alcances y exige mayor cuidado en las distintas fases de una prestación, en virtud de que el profesional de la salud que recaba la información puede que no sea el mismo que el profesional de la salud que decide y también porque la información es transmitida de un lugar a otro con el riesgo de pérdida de calidad y cantidad.
- *Deber de confidencialidad.* La telemedicina amplía el contexto de aplicación de las normas legales que resguardan la confidencialidad de los datos contenidos en la ficha clínica, debido a que esos datos personales sensibles pueden ser transmitidos de un prestador a otro. Hay que entender que el equipo de salud involucrado en las actividades telemédicas queda comprendido bajo el concepto de relación directa en la atención del paciente, en los términos establecidos en el artículo 13 inciso 2º de la Ley Nº 20.584. Este artículo dispone que: “Los terceros que no estén directamente relacionados con la atención de salud de la persona no tendrán acceso a la información contenida en la respectiva ficha clínica. Ello incluye al personal de salud y administrativo del mismo prestador, no vinculado a la atención de la persona”. Por el contrario, quienes están directamente relacionados con la atención del paciente, sea personal de salud, administrativo y el equipo médico, se encuentran entonces legalmente autorizados a acceder a la ficha clínica. Esta misma ley define “equipo de salud” en el artículo 9º en estos términos: “Se entenderá que el equipo de salud comprende todo individuo que actúe como miembro de un equipo de personas, que tiene la función de realizar algún tipo de atención o prestación de salud. Lo anterior incluye a profesionales y no profesionales, tanto del área de la salud como de otras que tengan participación en el quehacer de salud”.

- *Deber de obtener el consentimiento informado.* Al igual que en la atención presencial, la atención remota debe cumplir con los mismos requisitos y formalidades del consentimiento informado reconocidos en la normativa vigente tal como se especifica en el apartado siguiente. Sin embargo, el factor distancia organizacional introduce cambios en el ejercicio práctico de este deber en algunas situaciones. Por ejemplo, en el caso de pacientes que no pueden manifestar su voluntad, si bien rige la misma regla que para la atención presencial, cabe tener especial cuidado con el deber de registro e identificación de quien otorga el consentimiento a nombre del paciente y lo acompaña en el proceso de atención. La regla general para este caso establece que el consentimiento debe otorgarlo el representante legal, cuando lo tuviese, o su apoderado o la persona que está a su cuidado, salvo en situaciones de emergencia o cuando quien la representa no es habido.

Especial mención requiere el consentimiento informado en menores de edad, debido a que la ley de derechos y deberes de los pacientes no reconoce expresamente derechos de información ni de autonomía de decisión en salud en menores de edad, salvo en los casos en que el legislador lo reconoce expresamente, como por ejemplo, la Ley N° 20.418 que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, que otorga cierta autonomía a los menores de 14 años y plena autonomía a los mayores de 14 y menores de 18 años de edad, en materia de acceso al método anticonceptivo de emergencia. Es por esto que es importante precisar cómo deben interpretarse los derechos de los menores en la atención de salud. En el caso de menores de 14 años, el consentimiento debe ser otorgado por uno o ambos padres, informando al menor según su edad y madurez, salvo que los padres no tengan su cuidado personal, caso en el cual debe ser representado por el tercero que tenga su cuidado, conforme a resolución judicial, o por su tutor. Igual que en la hipótesis anterior el tutor o quien obre bajo su cuidado debe ser identificado y registrado al momento que se obtenga el consentimiento. Y en el caso de mayores de 14 años, el consentimiento es otorgado directamente por ellos si a juicio del profesional de salud posee la edad y madurez suficiente según las circunstancias del acto clínico, sin perjuicio de que los padres sean informados mientras no ponga en riesgo su privacidad e intimidad.

4.6 Consentimiento informado en servicios de telemedicina

4.6.1 Marco jurídico aplicable

El consentimiento informado está normado en la Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. En el ámbito de la práctica de la telemedicina y telesalud, considerando el principio de analogía, la exigencia de consentimiento informado está establecida en los artículos 10 y 14 de esta ley. Cada uno de estos artículos establece deberes y garantías para el consentimiento informado que son igualmente exigibles para los servicios de telemedicina y telesalud.

En el artículo 10 se establece, por un lado, el deber de información por parte del médico tratante u otro profesional de la salud y, por otro, el derecho del paciente de ser informado de manera oportuna y comprensible acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación, de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado. A su vez, la decisión autónoma del paciente de aceptar o rechazar la intervención clínica se encuentra establecida en el párrafo 7° de la Ley referido a la autonomía de las personas en la atención de salud, y que en su primer párrafo dispone las reglas sobre el consentimiento informado y sus excepciones (artículos 14 y 15).

El paciente antes de otorgar o denegar su voluntad para someterse a un procedimiento o tratamiento vinculado a su salud, debe recibir información adecuada, suficiente y comprensible, manifestando esta voluntad de manera expresa. Por expresa se entiende que la entrega de la información y la aceptación o rechazo se realiza para una determinada intervención. Y en cuanto a la forma de manifestar la voluntad, la regla general es la verbal, y la excepción es la forma documental, según lo establecido en el artículo 14 inciso 3° de la Ley N° 20.584. No obstante, conforme el artículo 2° del Decreto N° 31/2012 del MINSAL, sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud, la manifestación verbal de la voluntad “podrá” estar acompañada de documentos escritos en el que quede constancia de lo informado y explicado por el médico u otro profesional de la salud y de que la información fue recibida, entendida y, en consecuencia, la intervención fue aceptada por el paciente. Aunque en las prestaciones bajo modalidad telemédica es recomendable pasar del “puede” al “debe”. Ahora bien, cuando se trata de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la

aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del paciente, la ley y el decreto exigen que el consentimiento conste por escrito y que se deje constancia de la información y del hecho de su entrega en la ficha clínica.

4.6.2 Recomendaciones respecto del registro del consentimiento informado

En virtud de las reglas de la Ley N° 20.584, el paciente tiene el derecho de otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud. La ley en su artículo 14 inciso final, con el fin de acreditar que el paciente recibió la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, establece la presunción de que la recibió cuando consta su firma en el documento de consentimiento informado. Además, el artículo 2° del Decreto N° 31/2012, requiere que se deje constancia del hecho de la entrega del consentimiento informado por escrito en la ficha clínica. Estas dos reglas se extienden por analogía al consentimiento informado en telemedicina.

Recomendamos que, en el caso de que proceda el consentimiento verbal del paciente para aceptar o rechazar la atención de salud a distancia, se registre tanto la aceptación como el rechazo de dicha modalidad. La exigencia de registro es importante por la implicación que tiene para asignar las responsabilidades de los profesionales de la salud involucrados en el proceso de atención. El registro se puede llevar a cabo en la ficha clínica dando cuenta del proceso de consentimiento informado, o bien mediante el registro audiovisual o de audio de este proceso.

4.6.3 Recomendaciones respecto a los elementos esenciales para el consentimiento informado en telemedicina

A partir de las exigencias contenidas en la Ley N° 20.584, recomendamos incluir los siguientes contenidos adicionales a los elementos que ya son aplicados a la atención de salud presencial.

Primero, el consentimiento informado debe incluir información respecto de los servicios que ofrece el prestador, así como de la modalidad de atención a distancia, mencionando los alcances, límites, riesgos y beneficios asociados a dicha modalidad. En este sentido, lo específico del consentimiento en esta modalidad es la entrega de información que garantice la comprensión del paciente respecto del medio a través del cual se brindará la atención y las limitaciones del tratamiento proporcionado a través esta modalidad, así como los riesgos

asociados al uso de los datos en su almacenamiento, procesamiento y transmisión, considerando desde su acceso, manejo, transferencia, registro, almacenamiento hasta la custodia. Esta información puede entregarse al paciente a través de la aplicación de la prestación o servicio telemédico, previo a que establezca contacto con el profesional de salud, terminando el proceso de consentimiento informado con la manifestación de voluntad del paciente al momento del inicio de la atención con el profesional.

Segundo, debido a la distancia física entre equipo de salud y paciente, sumado a los riesgos asociados a la transmisión de los datos, la modalidad telemédica hace recomendable acompañar en el proceso de consentimiento informado información documentada por escrito, antes o al inicio de la atención. Esta recomendación tiene sustento legal en el artículo 2° del Decreto N° 31/2012, que faculta al prestador a añadir documentos escritos -pudiendo ser en soporte digital o papel, pues el regulador no distingue- en que conste la información entregada, cuando se trate de atenciones de salud que solo requieran una manifestación verbal para aceptar o rechazar.

Para el proceso de consentimiento informado en telemedicina y el respectivo documento, se recomienda ver los anexos 1 y 2, basados en el trabajo de Ribeiro-Alves y Ferreira Cabrera [3].

Sin perjuicio de las recomendaciones anteriores y teniendo en cuenta que el consentimiento informado en telemedicina es un elemento esencial de la relación clínica a distancia, se recomienda que, en el evento de dictarse una normativa jurídica específica para la telemedicina y telesalud, se contemplen disposiciones que establezcan la información antes especificada para el proceso de consentimiento informado, como también para una hoja de información respecto de esta modalidad de atención, cuando se estime adecuado, y para el documento del consentimiento informado cuando la prestación lo requiere de acuerdo a las disposiciones respectivas de la Ley N° 20.584.

4.7 Recomendaciones para evaluar la responsabilidad civil de los profesionales de salud en algunos modelos relacionales de telemedicina y telesalud

La prestación de servicios mediante telemedicina y telesalud exige una delimitación de las responsabilidades de los profesionales de la salud según sus roles y funciones previamente definidos y coordinados, fundamentalmente por tres razones. Primero, este tipo de servicios comprende necesidades organizacionales distintas a las de la atención presencial. Segundo,

el uso de las tecnologías de comunicación e información exige especiales deberes respecto de la seguridad de los datos, en la medida que estos viajan de un prestador a otro y tienen el carácter de datos sensibles. Tercero, la distancia física y organizacional intensifica los deberes de privacidad y confidencialidad para con el paciente.

Para delimitar la responsabilidad de los distintos actores involucrados en una atención remota, resulta necesario tener en consideración el tipo de modelo relacional, tanto en telemedicina o en telesalud. A continuación se analizan algunos de estos modelos relacionales y sus respectivos escenarios, seleccionados por su importancia en este tipo de servicios, sugiriendo orientaciones para la evaluación de la responsabilidad.

4.7.1 Teleconsulta (sincrónico) / Consulta electrónica (asincrónico)

- *Escenario 1.* Es el caso de la relación clínica a la distancia que se da entre un profesional o equipo de salud y un paciente. Para este escenario se aplican los deberes legales de la atención en salud, conforme con lo dispuesto en la Ley N° 20.584 y los deberes especiales de la *lex artis* telemédica, previamente expuestos. El médico tratante es quien debe obtener el consentimiento informado del paciente tanto de la prestación de salud que se le brinda como de la modalidad de atención a distancia, y el tratamiento, transmisión y almacenamiento de sus datos de salud. En cuanto a la responsabilidad civil, es el médico tratante quien asume la responsabilidad por los diagnósticos, tratamientos u otras indicaciones clínicas dadas al paciente. La responsabilidad del médico tratante no obsta a que se imputen responsabilidades al prestador de salud y a los proveedores de servicios tecnológicos y comunicaciones, en relación con deberes tales como la transmisión y almacenamiento de la información de manera segura y la confidencialidad y privacidad de esta información.
- *Escenario 2.* Es el caso de la relación clínica que se establece entre un paciente que está físicamente junto a uno de los miembros del equipo de salud y un profesional de salud que se encuentra a la distancia. Este escenario es importante de analizar porque concurren responsabilidades jurídicas de distintos profesionales de la salud. Si bien puede existir una comunicación directa entre los profesionales de salud involucrados que están a distancia, lo característico de este escenario es que el paciente puede comunicarse con los profesionales y, a su vez, estos con el paciente. Esta posibilidad, sin duda, reduce los riesgos en la atención en mayor medida que el escenario anterior.

Para este escenario, antes del inicio de la prestación a distancia, deben estar garantizados ciertas obligaciones de orden organizacional que le corresponden al prestador, en relación con la adecuada delimitación de funciones y del establecimiento de deberes específicos para los profesionales de la salud involucrados. Este deber facilita la atribución diferenciada de las responsabilidades, en función del ámbito de competencias profesionales de cada actor.

Según la forma como se integre el equipo de salud, esto es, cuál profesional está físicamente junto al paciente y cuál médico asume el carácter de tratante, se pueden distinguir dos variantes dentro de este escenario:

- a) *Escenario 2a.* Es el caso de la relación clínica que se establece entre un paciente que está físicamente junto a un técnico o profesional de la salud no médico y un médico general o especialista. Una vez que se inicia la prestación entran en juego los deberes especiales de cada profesional, que es necesario entrar a precisar para efectos de aclarar y delimitar la responsabilidad. Primero, el profesional de la salud no médico que está físicamente junto al paciente, puede dar la información al paciente respecto de la modalidad de atención telemédica, aclarando las limitaciones y riesgos, incluyendo la información respecto del uso y transmisión de sus datos personales. Segundo, el profesional de salud no médico asume directamente la responsabilidad por la captura de información suficiente y de calidad, según sus obligaciones profesionales y los protocolos clínicos de atención. Por su parte, el médico (general o especialista) que se encuentra a la distancia, una vez iniciada la relación clínica concluye con el proceso de consentimiento informado y registra la manifestación de voluntad del paciente para las acciones de salud que le ofrecerá al paciente. Junto con lo anterior, deberá evaluar, en su calidad de médico tratante, la suficiencia de la información, en cantidad y calidad, para poder emitir un diagnóstico, tratamiento u otra indicación clínica. En este escenario, la responsabilidad principal la asume el médico tratante del paciente, quien toma las decisiones clínicas y puede cerrar la atención de salud o determinar la siguiente. Los profesionales de la salud no médico responden como miembros del equipo de salud, dentro del ámbito de sus funciones, roles y competencias.
- b) *Escenario 2b.* Es el caso de la relación clínica que se establece entre un paciente que está físicamente junto a un médico general y un médico especialista que está a la distancia. La diferencia con el escenario anterior radica esencialmente

en que la responsabilidad principal recae en el profesional de salud que está junto al paciente, esto es el médico general quien en su calidad de médico tratante toma las decisiones clínicas, habiendo previamente cumplido con el deber de obtener el consentimiento del paciente para la atención telemédica y para las prestaciones de salud que se le brinden. El médico especialista responde solo por la calidad de la opinión que emite, habiendo especificado las condiciones en las cuales su opinión es válida, sobre la base tanto de la información recibida y evaluada por él como de las consideraciones para implementar sus decisiones.

4.7.2 Teleinterconsulta (sincrónica) / Interconsulta electrónica (asincrónica)

Es el caso en que un médico deriva virtualmente a su paciente a un médico especialista, no estando el paciente presente. Antes de establecer la distribución de las responsabilidades de cada uno de los profesionales de la salud involucrados, es necesario precisar los deberes que le corresponden a cada uno. El médico que deriva es quien, en primera instancia, debe informar al paciente de que su caso va a ser derivado y atendido bajo esta modalidad. Corresponde al médico especialista recabar el consentimiento del paciente, informando los alcances, limitaciones, beneficios posibles y riesgos de este tipo de atención, junto con informar al paciente respecto de la atención de salud que se le brindará bajo esta modalidad. Al término de la atención, le corresponde al prestador informar del resultado y de las acciones siguientes que correspondan para dar continuidad al cuidado. Por su parte, el médico especialista tiene el deber de verificar la suficiencia de la información, en calidad y cantidad, antes de emitir sus indicaciones clínicas, debiendo, por lo tanto, solicitar más información al médico que deriva el caso si esta fuese insuficiente para la finalidad perseguida. Una vez emitida la indicación, queda determinar a quién le corresponde comunicar el nuevo diagnóstico, tratamiento o indicación al paciente. Aclarado los deberes que le corresponden a cada uno de los profesionales de la salud, la forma de distribuir la responsabilidad obedece a los siguientes criterios. El médico especialista responde en calidad de médico tratante, en virtud de que es el profesional que toma las decisiones clínicas. El médico que deriva asume la responsabilidad por el estándar de cuidado exigido por los deberes especiales de suficiencia de la información. En cuanto al deber de cuidado en el proceso de atención y seguimiento del paciente después de la teleinterconsulta o interconsulta electrónica, la responsabilidad recae en el prestador donde el paciente concurre presencialmente. En estos casos el prestador debe

disponer, dentro de su organización, un mecanismo seguro de continuidad de atención al paciente.

4.7.3 Teleconsulta (sincrónico) / Consulta electrónica (asincrónico)

Es el caso en que un profesional de la salud consulta la opinión de otro profesional de salud, enviando el primero la información pertinente y suficiente al segundo con el fin de apoyar una decisión clínica. En cuanto a la información enviada, el profesional debe acompañar los antecedentes suficientes, en calidad y cantidad, para obtener respuesta a la solicitud. Además el profesional que consulta en su calidad de tratante es quien tiene la obligación de registrar los distintos actos que componen la teleinterconsulta. Esto sin perjuicio de que el profesional consultado mantenga un registro detallado tanto de las opiniones o recomendaciones que emita como de los antecedentes en los que fundó sus opiniones o recomendaciones. En este sentido, el profesional consultado asume responsabilidad sólo por la calidad de la opinión que emite, habiendo especificado las condiciones en las cuales su opinión es válida. El profesional consultante en su calidad de tratante asume la responsabilidad por las decisiones que tome sobre la base de las recomendaciones recibidas. Tratándose de un médico será responsable de los diagnósticos, tratamientos u otras indicaciones o recomendaciones que entregue a su paciente una vez recibida la opinión de apoyo.

4.7.4 Telecomité

Este tipo de prestación a la distancia guarda relación con los escenarios anteriores, el de la teleconsulta y el de la teleinterconsulta, con la diferencia de que tanto el apoyo como la derivación queda en manos de varios médicos que pueden conformar un equipo clínico multidisciplinar. A continuación analizaremos este modelo relacional sólo cuando tiene una finalidad asistencial. Si tiene por finalidad la discusión y evaluación de casos clínicos con un objetivo educativo, debe ser comprendido dentro del ámbito de la tele-educación en salud y no como un acto médico o sanitario.

Lo característico de este modelo relacional es que la responsabilidad recae en un conjunto de médicos especialistas que comparten la responsabilidad, ya sea en su calidad de apoyo a la decisión del médico consultante o en su calidad de médicos especialistas que toman el caso clínico haciéndose cargo de las decisiones diagnósticas o terapéuticas que deciden. Este tipo de responsabilidad se corresponde con lo que la doctrina denomina responsabilidad concurrente, que se caracteriza por el hecho de que hay una pluralidad de obligaciones, ya

que hay distintos especialistas que tienen deberes propios y diferenciados según sus funciones o roles en el equipo clínico, pero un solo objeto, a saber, la reparación de los daños causados al paciente. Este tipo de responsabilidad se distingue de la solidaria, ya que en esta cualquiera de los obligados responde por el total de los daños, y exige además texto legal expreso.

- *Escenario 1.* Es el caso en que el telecomité realiza una labor de apoyo a las decisiones clínicas bajo un contexto terapéutico-asistencial. En este escenario, el comité es consultado a la distancia normalmente por un médico general o especialista respecto del caso de un paciente, dependientes cada uno de estos actores, por lo general, de distintas organizaciones de salud. Como resultado de la solicitud, el comité no emite órdenes médicas, sino que entrega recomendaciones clínicas al tratante tales como la priorización, indicación de exámenes o esquemas de tratamiento. Por lo tanto, se aplican los mismos principios y reglas que rigen para el escenario de la teleconsultoría, con la diferencia que se aplica la lógica de las responsabilidades concurrentes y no la de responsabilidad individual.
- *Escenario 2.* Es el escenario en que el telecomité asume el caso clínico como grupo de médicos especialistas, producto de una derivación del paciente por el médico solicitante, los cuales pertenecen, por lo general, a la misma organización de salud. En este contexto, el grupo de especialistas no actúa en calidad de médicos consultores, sino que en calidad de médicos tratantes, por cuanto adoptan decisiones clínicas diagnósticas y/o terapéuticas que son ejecutadas por el médico consultante. En consecuencia, valen los mismos principios y reglas que rigen para el escenario de teleinterconsulta, con la diferencia que se aplica la lógica de las responsabilidades concurrentes y no la de responsabilidad individual.

4.7.5 Teleinformes

El análisis e informe de exámenes realizado a la distancia (ECG, radiografías, espirometrías, monitoreo ambulatorio de presión arterial, u otros) para apoyo diagnóstico tiene distintas implicaciones jurídicas en cuanto a la responsabilidad. La responsabilidad del médico especialista que informa un examen, se sustenta en el cumplimiento del deber de suficiencia de la información, en cantidad y calidad, para tomar una decisión diagnóstica. Es importante considerar la responsabilidad en la que puede incurrir el médico informante en caso de

addenda a un informe, en la medida que ésta puede implicar una rectificación que llegue a tener impacto clínico. Por otra parte, los proveedores tecnológicos y/o prestadores de salud privados (sociedades médicas de teleinformes) pueden asumir responsabilidad por errores en la toma de los exámenes, errores en la identificación y autenticación del paciente, errores debido a defectos en la transmisión de la información, errores de identificación del destinatario de la información.

Además de la distribución de responsabilidades recién descrita, cabe distinguir dos factores que precisan aún más la responsabilidad de los actores involucrados: riesgo del teleinforme según contexto clínico y objetivo sanitario y relaciones de los actores involucrados (dentro o fuera de una misma organización de salud).

- *Riesgo del teleinforme según contexto clínico y objetivo sanitario.* En el caso de teleinforme de ECG, puede darse un contexto clínico de urgencia o de control u otros. Si bien estos contextos clínicos pueden perseguir básicamente el mismo objetivo sanitario, el de diagnóstico, el contexto de urgencia sin duda implica mayores riesgos en materia de responsabilidad, porque se requiere información oportuna acerca del estado del paciente para tomar una decisión clínica, siguiendo los protocolos de actuación. En el caso de exámenes, ya sea en un contexto de urgencia o no, que requieran de una orden médica que indique el objetivo específico del examen, esta información puede ser significativa al momento de distribuir responsabilidades entre el profesional de la salud informante y el solicitante, ya que, incurre en una evidente responsabilidad el primero si no sigue la indicación contenida en la orden médica, o la sigue de manera errónea.
- *Relaciones de los actores involucrados.* Para efectos de evaluar la responsabilidad hay que distinguir dos situaciones: primero, los actores que participan en un teleinforme pueden provenir de una misma organización de salud y en ese caso la responsabilidad recae en el prestador en virtud su deber de diligencia en la organización; segundo, los actores que participan no pertenecen a la misma organización, esto es, el proveedor tecnológico y/o el prestador privado de teleinformes contratados por un prestador público o privado, caso en el cual la responsabilidad cabe determinarla según dos hipótesis. En una primera hipótesis, el prestador es responsable por negligencia del proveedor de servicios y/o el prestador privado de teleinformes, cuando le es imputable la negligencia en la elección del proveedor externo (*culpa in eligendo*). En una segunda hipótesis, el proveedor de servicios es el responsable por los daños ocasionados al

paciente por su culpa, pudiendo en este caso el paciente exigir la responsabilidad tanto al proveedor como al prestador de salud, debido a que este último posee un vínculo contractual con el paciente, y responde por el hecho del proveedor como si fuera propio.

4.7.6 Telemonitoreo

Este tipo de prestación de telesalud consiste en la captura y transmisión de datos médicos de los pacientes, los cuales son transmitidos a un prestador de salud, y periódicamente controlados y evaluados por profesionales de la salud, pudiendo dar lugar a una toma de decisiones clínicas sobre la base del proceso anterior. Este es un proceso de prestación remota de salud que, para efectos de evaluar las responsabilidades, resulta necesario distinguir las etapas del proceso señalado.

- *Etapas de captura de los datos de salud del paciente.* Las responsabilidades involucradas en esta etapa tienen que ver con el principio de confidencialidad, privacidad y seguridad de los datos. El deber principal corresponde al prestador de salud el cual debe velar por la protección, seguridad e integridad de los datos y asimismo queda obligado a respetar los derechos de los titulares de los datos. Para cumplir esta última obligación, el prestador debe obtener el consentimiento informado del paciente para el almacenamiento, tratamiento y transmisión de los datos. Eventualmente, si la prestación de captura y transmisión de datos la realiza un proveedor de servicios contratado por el prestador, se pueden dar distintas soluciones de atribución de responsabilidades. En una primera hipótesis, el prestador responde directamente ante el paciente cuando la infracción a los deberes de seguridad y confidencialidad se debe a falta de diligencia. En una segunda hipótesis, el prestador es responsable de la infracción de deberes de seguridad y confidencialidad por negligencia del proveedor de servicios, cuando le es imputable al prestador negligencia en la elección del proveedor. En una tercera hipótesis, el proveedor de servicios es el responsable de los deberes de seguridad y confidencialidad de los datos, pudiendo en este caso el paciente exigir la responsabilidad tanto al proveedor como al prestador de salud, si se prueba negligencia de su parte.
- *Etapas de procesamiento y evaluación de los datos.* Es importante considerar en esta etapa algunos supuestos que delimitan la responsabilidad. Primero, el

almacenamiento de datos de los cuales se puede extraer información clínica relevante no obliga al proveedor a procesarlos por el hecho de disponer de ellos, por lo tanto, no es responsable de los posibles daños que se puedan ocasionar de no haber empleado esa información. Segundo, la responsabilidad derivada del procesamiento y evaluación de datos con el fin de obtener información clínicamente relevante para el paciente se encuentra limitada por la periodicidad con que dicha obligación fue previamente pactada. En consecuencia, el paciente puede exigir responsabilidad producto de daños que podrían haber sido evitados si se hubieran procesado y evaluado los datos conforme a la frecuencia pactada. Pero no puede exigir responsabilidad por los daños evitables mediante un procesamiento y evaluación de los datos superior a lo pactado.

- *Etapa de decisión clínica.* En esta fase, a diferencia de las anteriores, no se configura una responsabilidad especial dentro de la modalidad de telemedicina, más bien se aplica el régimen de responsabilidad civil médica conforme a las reglas generales. Lo jurídicamente relevante en este contexto, es determinar si al médico le es imputable una infracción de su deber de cuidado como consecuencia de una decisión clínica incorrecta a partir de la información disponible, o por haber omitido una decisión clínica producto de una incorrecta valoración de esta información.

Referencias

- [1] Europe Economics, editor. Regulatory approaches to telemedicine. London; 24 de enero de 2018. Disponible en: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/regulatory-approaches-to-telemedicine_docx-73978543.docx
- [2] Ministerio de Salud, editor. Informe Técnico Comisión de Actualización del Libro V del Código Sanitario. Anexo Proyecto de Ley. Gobierno de Chile; 17 de enero de 2020. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/01/2020.01.23_Infome-T%C3%A9cnico_Comit%C3%A9-Expertos-C%C3%B3digo-Sanitario_versi%C3%B3n_digital_20200129.pdf
- [3] Ribeiro-Alves A, Ferreira Cabrera A. Estudio de Corpus: Estructura y Legibilidad en el Documento de Consentimiento Informado en el Ámbito Académico-Profesional de las Ciencias Biomédicas. RLA. 2018;56(2):91-116. [doi:10.4067/S0718-48832018000200091](https://doi.org/10.4067/S0718-48832018000200091)

Anexo 1 – Propuesta de estructura del proceso de Consentimiento Informado para Telemedicina

I. INFORMACIÓN

1. De la identificación

- título de la prestación en salud;
- nombres de los prestadores individuales y/o unidades de salud involucradas en el uso de la modalidad a distancia;
- nombre del prestador institucional de salud que brinda la prestación telemédica.

2. De la prestación de salud a distancia

- objetivo del servicio;
- justificación de la modalidad de la prestación a distancia:
 - qué es la telemedicina, indicando que está condicionada a los factores de espacio y/o tiempo;
 - qué servicio específico de la telemedicina será prestado;
 - por qué se establece el servicio específico de la telemedicina;
 - en qué consiste ese servicio específico de la telemedicina;
 - dónde será aplicada la modalidad, indicando origen y destino;
 - cuáles son los procedimientos de interacción profesional de salud-paciente;
 - qué información se debe/puede compartir a través de la telemedicina;
 - a quién se debe/puede entregar la información;
 - cómo entregar la información, considerando desde su acceso, manejo, transferencia, registro, almacenamiento hasta la custodia;
 - cuáles son los posibles beneficios de la telemedicina;
 - cuáles son los potenciales riesgos y limitaciones del uso del servicio que será prestado;
 - a quién contactar en caso de emergencia o de requerir más información, considerando el contexto de la prestación.

- que el consentimiento del paciente para la prestación debe ser libre y voluntario, pudiendo rechazar la atención en cualquier momento;
 - los procedimientos propios de la prestación;
 - los posibles beneficios y riesgos de la prestación, precisando cómo podrán ser mitigados o gestionados los riesgos;
 - la confidencialidad, la privacidad;
 - custodia de la información y de los datos;
 - la garantía de conocer los resultados clínicos obtenidos a partir de los datos autorizados por el paciente.
3. Información al término de la prestación de salud a distancia
- información respecto del o los contacto(s) con el/los médico(s) y/u otros profesionales de la salud, una vez finalizada la atención telemédica;
 - información acerca de los costos que se pueden generar a partir de la prestación, o de su gratuidad en su caso.

II. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(En primera persona):

1. Constancia de que el paciente ha recibido la información adecuada y necesaria acerca de la prestación en salud en telemedicina;
2. Declaración de que el paciente ha entendido toda la información entregada por el médico u otro profesional de la salud;
3. Declaración de que ha decidido libre y voluntariamente a autorizar la entrega de la prestación con el uso de la telemedicina (especificar sincrónica o asincrónica) por el equipo médico y/u otros profesionales de la salud antes indicada.

III. CONSTANCIA DE RECHAZO

(En primera persona):

Constancia de que ha decidido libre y voluntariamente a no autorizar la entrega de la prestación con el uso de la telemedicina (especificar sincrónica o asincrónica).

Anexo 2 – Propuesta de Modelo de Documento de Consentimiento Informado para Teleconsulta

(Logotipo oficial del hospital/ centro/ unidad de atención)

Consentimiento Informado para Teleconsulta

I. Información.

La prestación que ofrecemos consiste en un servicio de telemedicina mediante una teleconsulta en la que el/los profesional(es) de salud está(n) ubicado(s) en un lugar geográficamente distinto del suyo.

Es importante que usted tenga presente que esta prestación tiene los límites propios de la falta de contacto físico. Por tal motivo, es posible que el profesional de salud solicite una nueva atención de salud u otras actuaciones diagnóstico-terapéuticas.

Al decidir utilizar este servicio de telemedicina, usted confirma que conoce los límites antes mencionados.

Para reducir los riesgos derivados de estos límites, usted debe compartir toda la información requerida por el profesional de salud.

El(los) profesional(es) de la salud que participa(n) en el servicio de telemedicina estará(n) disponibles para responder oportunamente cualquier pregunta y de este modo garantizar la continuidad de su cuidado dentro del servicio de telemedicina.

Por lo tanto, cualquier duda que usted tenga y que estima que requiere de una respuesta inmediata, dispondrá de una plataforma de consultas para dirigirse al profesional de salud disponible y posiblemente, en su ausencia, al personal encargado dentro del servicio de telemedicina.

Los datos personales de salud que son utilizados para la teleconsulta estarán resguardados de manera segura por los prestadores de salud involucrados en conformidad con la legislación nacional vigente.

II. Declaración de Consentimiento.

Declaro que he leído y comprendido toda la información de la prestación de teleconsulta que me ha sido explicada por, de la unidad del (hospital/ centro) y le he podido hacer las preguntas que he considerado relevantes, por eso manifiesto de manera libre mi voluntad de aceptar o rechazar la prestación de teleconsulta como también el uso y tratamiento de mis datos personales específicamente para esta prestación.

A continuación, manifiesto mi decisión:

ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA INFORMACIÓN Y CONSIENTO LA PRESTACIÓN TELEMÉDICA.

NO ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LA INFORMACIÓN Y RECHAZO LA PRESTACIÓN TELEMÉDICA.

Lugar y Fecha

.....
Nombre y firma del paciente

.....
Nombre y Firma del profesional de salud

Recomendación: para facilitar la trazabilidad, se recomienda incluir en el mismo documento de consentimiento informado el folio, número o código identificador de la ficha o registro clínico del paciente que recibe los servicios de telemedicina y telesalud, o en su defecto, el folio cuenta corriente o del registro clínico del episodio.

Observación: Proporcionar una copia del consentimiento informado documentado al paciente.

5. BUENAS PRÁCTICAS EN TELEMEDICINA Y TELESALUD: ESTÁNDARES DEL CUIDADO, ORGANIZACIÓN, RECURSOS HUMANOS, TECNOLOGÍAS, CALIDAD Y EVALUACIÓN

En este capítulo se presenta el núcleo de estos lineamientos, un conjunto de principios y recomendaciones de buenas prácticas de nivel general, aunque no necesariamente exhaustivas, que debieran ser tomadas en cuenta sobre todo por parte de los prestadores de salud que implementan o brindan servicios de telesalud o en modalidad telemédica. Las recomendaciones propuestas en este capítulo son expresadas con distintos grados de énfasis e importancia a través de palabras tales como “*recomienda*”, “*debiera*” o “*debe*”, aun cuando estos fundamentos no tienen un carácter prescriptivo o mandatorio *per se*. Estas emanan de una selección, síntesis y adaptación para Chile realizada a partir de un conjunto de lineamientos de otros países, fuentes y bibliografía que se indican al final de este mismo capítulo.

5.1 Deberes y estándares del cuidado clínico

1. En todo servicio de telesalud o en modalidad telemédica se deben establecer y comunicar claramente los roles y responsabilidades de los miembros de los equipos de salud que participan, tanto en la realización de las prestaciones en dicha modalidad, como en las acciones previas de coordinación e implementación, y en las posteriores, de seguimiento y evaluación de los resultados. Los miembros de los equipos de salud, tanto clínicos como administrativos, deben colaborar entre sí de acuerdo a los roles y responsabilidades previamente definidas y comunicadas (véase también Marco Regulatorio).
2. Todo servicio de telesalud o en modalidad telemédica debe ser diseñado, implementado y operado como parte integral de un sistema bien organizado, de tal forma que el sistema permita la continuidad del cuidado, la complementariedad de servicios con la cartera presencial si la tuviese y se produzca un desempeño y operación igual o mejor respecto al servicio existente previo a la incorporación de la modalidad telemédica.
3. En particular en aquellos contextos donde no sea razonablemente factible llevar a cabo el cuidado de manera presencial, es admisible la introducción de servicios de telesalud

o en modalidad telemédica, cada vez que ello corresponda a un escenario mejor para el paciente o usuario.

4. La introducción de servicios o atención de telesalud o telemedicina no debe afectar negativamente la calidad global de la provisión del cuidado y atenciones de salud.
5. Previo a brindar prestaciones o atención de telesalud –o en modalidad telemédica– a un paciente en particular, el prestador de salud debe determinar si el paciente reúne las condiciones para poder interactuar en dicha modalidad y si la atención a través de la telemedicina resulta adecuada en consideración al contexto específico.
6. Cada vez que sea clínicamente necesario, de acuerdo con los objetivos declarados del servicio, la condición del paciente y la situación o contexto del caso, se debe coordinar un encuentro y evaluación presencial del paciente, ya sea antes o después de haber iniciado el servicio en modalidad telemédica o de telesalud, salvo en aquellos casos en que el servicio brindado en sí no involucra indicaciones de tratamiento proporcionadas a la distancia (por ej. servicios de mero informe de exámenes a la distancia).
7. La oportunidad, idoneidad y factibilidad de la entrega de servicios y cuidados de salud en modalidad telemédica debe determinarse en base al contexto, los objetivos clínicos, la compatibilidad de los procesos y el avance de las tecnologías disponibles para cumplir con esos objetivos. Debe además considerar aspectos etno-socio-culturales y el nivel de alfabetización del paciente, el nivel de formación de los profesionales y técnicos de la salud y la disponibilidad de alternativas que puedan resultar satisfactorias.
8. La idoneidad de la modalidad telemédica para cumplir con el estándar del cuidado deseado ya sea en el ámbito de programas de salud o de cuidado de pacientes crónicos debiera ser consensuada también entre el paciente y los miembros del equipo de salud.
9. La implementación de servicios de telesalud o en modalidad telemédica debe ir acompañada de los protocolos y procedimientos necesarios, incluyendo en particular los de derivación para prevenir la fragmentación del cuidado. Todos los actores involucrados deben conocer los roles y responsabilidades que le caben a cada uno en la continuidad del cuidado y deben ser parte de la información indicada explícitamente en protocolos documentados.
10. Los procesos y los componentes tecnológicos utilizados para la modalidad telemédica debieran incorporarse en lo posible a los flujos de trabajo y procesos clínicos normales del prestador de salud para que la calidad del cuidado quede integrada bajo la misma supervisión, control y gobernanza de los demás procesos clínicos.

5.2 Comunicación con Pacientes y Equipo de Salud

Las interacciones y encuentros en modalidad telemédica –ya sea entre el paciente y los miembros del equipo de salud o entre estos últimos– difieren respecto del cuidado presencial y tienen obviamente limitaciones. Esto conlleva la necesidad de incluir medidas, protocolos y habilidades según el contexto y los medios para poder adaptarse a dicha modalidad. A continuación, se señalan algunas de ellas.

1. Los profesionales y técnicos de la salud debieran estar formados y/o capacitados en el uso del equipamiento y tecnologías, y en particular en comportamientos y habilidades de comunicación necesarias para una interacción telemédica, según los distintos medios, canales y tecnologías de la comunicación utilizados.
2. Los profesionales y técnicos debieran estar familiarizados con cualquier limitación de la tecnología utilizada y de las alternativas disponibles que pudieran complementar o mejorar la entrega del cuidado. Por otra parte, los pacientes debieran ser informados del alcance, características, posibilidades, limitaciones y beneficios del servicio de telesalud o en modalidad telemédica previo a su utilización.
3. Los prestadores de salud debieran discernir en qué casos un paciente puede o no ser un candidato para interacciones en modalidad telemédica.
4. Los prestadores de salud, los pacientes y técnicos de salud debieran familiarizarse con los protocolos de comunicación en la modalidad telemédica en forma previa al inicio de las interacciones en dicha modalidad. Asimismo, debieran poder acceder a información sobre los mismos que sea de fácil comprensión.
5. Según los requerimientos de alguna disciplina, especialidad clínica u otros factores (por ej. la aplicación clínica de alguna tecnología específica), los protocolos de comunicación debieran adaptarse para cumplir dichos requerimientos.
6. Las organizaciones de salud debieran poner a disposición canales de comunicación para recibir retroalimentación, tanto de los pacientes como de los profesionales, técnicos y miembros de los equipos de salud, para medir, evaluar, ajustar y mejorar de forma continua la calidad de las interacciones y encuentros en modalidad telemédica.

5.3 Calidad de los Servicios y Evaluación de los Resultados

Al igual que cualquier servicio, prestación o intervención en los procesos para el cuidado de la salud presencial, los servicios de telesalud o en modalidad telemédica debieran ser implementados, evaluados y gestionados dentro de un marco de calidad y gestión del riesgo. Para ello es preciso considerar todas las etapas y ciclo de vida del servicio, las que van desde la identificación de las necesidades, el diseño y la planificación, hasta el desarrollo, implementación y ejecución mismas, incluyendo el monitoreo, medición y evaluación continuos para alcanzar los mejores resultados posibles.

1. Toda organización que brinde servicios de telesalud o en modalidad telemédica debiera tener una política y un plan de calidad en el que se establezca sus alcances, propósitos y objetivos, los que debieran surgir también de una adecuada identificación y evaluación de los riesgos. Cada objetivo debiera tener asociados uno o más indicadores, estableciendo también cómo y en qué plazo deben ser monitoreados, medidos y evaluados. Debieran incluirse también procedimientos para mitigar los riesgos relacionados y estar claramente establecidas las responsabilidades, tanto en la implementación como en el monitoreo, gestión y revisión del plan de calidad mismo.
2. En todo servicio de telesalud o en modalidad telemédica se debe evaluar la calidad de la atención y los resultados clínicos relevantes para el paciente para asegurar el cumplimiento de los deberes y estándares del cuidado clínico (véase en el apartado que trata del tema 5.1 Deberes y estándares del cuidado clínico). Dicha evaluación debiera ser continua, centrada en el paciente e insertada en un sistema o marco formal, considerando las dimensiones que emanan de las fuentes, normas y estándares indicadas en el numeral 7 a continuación.
3. Se debiera evaluar la satisfacción de los usuarios con los servicios de telesalud o con la modalidad telemédica, especialmente de los pacientes, y también de los profesionales y miembros de los equipos de salud. Considerando además la perspectiva social y la perspectiva institucional.
4. Se debiera evaluar la calidad de los procesos del servicio de telesalud o en modalidad telemédica, cada vez que se introducen nuevos procesos o se modifican los existentes.
5. Se debieran realizar evaluaciones económicas del servicio de telesalud y las atenciones en modalidad telemédica con metodologías adecuadas. También, registrar los costos del servicio y analizar los beneficios adicionales para el paciente como parte integral de una evaluación amplia. Estas evaluaciones permiten relacionar

el desempeño con los beneficios (o consecuencias), integrando costos con efectividad clínica, considerando el perfil epidemiológico y las preferencias sociales.

6. La evaluación de los servicios de telesalud o en modalidad telemédica debiera basarse en evidencia. Se recomienda además contribuir a la generación de evidencia desarrollando investigaciones que abarquen la aceptación de las nuevas tecnologías, la evaluación de su eficacia, impacto sobre los costos, la calidad y el acceso a la atención sanitaria bajo esta modalidad.
7. Sin perjuicio de la posibilidad de utilizar estándares aplicables a diferentes rubros para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad orientado a la mejora continua y a la gestión del riesgo (ej. ISO9001), se recomienda considerar las siguientes referencias y fuentes que aplican en particular al rubro de la salud para un adecuado desarrollo y ejecución de un sistema, política, plan y evaluación de la calidad dirigido al contexto de servicios de telesalud:

- Superintendencia de Salud, editor. Recomendaciones para la Elaboración de una Política y un Programa de Calidad Institucional: Sistema de Acreditación en Salud. Gobierno de Chile; 2014. (Nota Técnica). Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-9250_recurso_1.pdf
- Telehealth Quality Group (EEIG), editor. 2018/19 International Code of Practice for Telehealth Services: The Quality Benchmark for Digital Health and Care. 2017.
- Szecsenyi J, Miksch A, Baudendistel I, Kamradt M, Vach W. Praktisches Handbuch zur Qualitätsentwicklung in der Telemedizin. 1.ª ed. 2018. Disponible en: https://www.telemedbw.de/download_file/force/16753/229
- International Organization for Standardization, editor. ISO/TS 13131:2014. Health informatics – Telehealth services – Quality planning guidelines. ISO/TC 215 Health informatics; 2014. (ISO Technical Specification).
- Organización Panamericana de la Salud, editor. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/28413>
- Intendencia de Prestadores de Salud, editor. Oficio Circular IP/Nº7: Informa e Instruye lo que indica sobre los deberes específicos que asisten a los prestadores individuales e institucionales de salud, que otorguen prestaciones a las que son aplicables las normas del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del D.F.L. Nº1, 2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección, para el otorgamiento de prestaciones que se otorguen en

forma remota, a fin de dar cabal acatamiento de la Ley N°20.584.-. Chile: Superintendencia de Salud; 2020. Disponible en:

http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-19360_recurso_1.pdf

- Organización Panamericana de la Salud, editor. COVID-19 y Telemedicina: Herramienta de medición del nivel de madurez de las instituciones de salud para implementar servicios de telemedicina. Versión 3.0; 2020. Disponible en: https://www.paho.org/ish/images/toolkit/COVID-19-Telemedicine_RATool-es.pdf

5.4 Privacidad y Confidencialidad de la Información

En la modalidad telemédica se pueden acentuar algunos riesgos o desafíos relacionados con la privacidad del paciente y la confidencialidad de la información que se transmite. A continuación, algunos principios y recomendaciones para mitigar los riesgos relacionados.

1. Se debieran establecer y controlar dentro de lo posible, las condiciones adecuadas de privacidad de los espacios y entornos físicos utilizados para el encuentro y/o interacción a la distancia en todos los extremos, puntos o nodos de acceso a la comunicación e interacción en modalidad telemédica.
2. También se debe gestionar el aseguramiento de la confidencialidad de la información de salud (sensible) del paciente tanto en su tránsito, procesamiento y almacenamiento, sobre todo cuando transita por distintos sistemas y canales de comunicación, los que podrían ser incluso públicos o de todos modos compartidos con terceros. Este aspecto en particular implica la necesidad de utilizar las herramientas y mecanismos proporcionados por la Seguridad Informática (encriptación de la información, identificación, autenticación y autorización de los usuarios, entre otros) y los procesos, controles y estándares dirigidos a gestionar la Seguridad de la Información en su sentido más amplio, que considera la disponibilidad, integridad y confidencialidad de la información. Ver también el Capítulo 4 sobre el Marco Regulatorio y más adelante las secciones sobre Organización y Tecnologías en lo que concierne a políticas, procedimientos y controles dirigidos a resguardar la Seguridad de la Información de estos mismos lineamientos.

5.5 Consentimiento Informado

Es esencial que el paciente pueda conocer el propósito, alcance, limitaciones, posibles beneficios y riesgos asociados con los servicios o prestaciones de salud en modalidad telemédica, pudiendo manifestar libremente su eventual consentimiento o rechazo al respecto. A la vez que pueda también conocer los detalles sobre el tratamiento de su información de salud (personal y sensible) que será transmitida a terceros, expresando su eventual consentimiento en los casos y según el marco regulatorio vigente. Estos aspectos están detallados en el Capítulo 4 sobre el Marco Regulatorio de estos lineamientos.

5.6 Roles, Responsabilidades, Competencias, Formación y Políticas de Recursos Humanos

1. Las organizaciones y prestadores de salud que proporcionen servicios en modalidad telemédica debieran contar con equipos (humanos) técnicos y profesionales multidisciplinarios formados o capacitados para satisfacer las necesidades de los programas y servicios telemédicos ofrecidos.
2. Los planes y políticas de Recursos Humanos relacionadas directa o indirectamente con los servicios de telesalud o telemedicina debieran ser revisados y actualizados en forma periódica para mantenerlos al día con la evolución del sector, y abordar adecuadamente los aspectos de seguridad y calidad de la atención de salud en dicha modalidad.
3. La entrega de servicios de telesalud o de telemedicina podría requerir la creación de nuevos cargos, roles, funciones y responsabilidades o bien la modificación de los ya existentes. En particular debieran considerar aquellos relacionados con la coordinación de los servicios telemédicos. Los mismos debieran ser revisados y actualizados cada vez que sea necesario para mantenerse al día con la evolución del sector y abordar adecuadamente los aspectos de seguridad y calidad de la atención de salud en dicha modalidad.
4. Al igual que para cualquier cargo, debiera considerarse la medición y evaluación del desempeño de los equipos de salud con funciones y responsabilidades relacionadas con la entrega de servicio de telesalud o telemedicina.
5. Los profesionales y técnicos involucrados en la entrega de servicios o prestaciones de telesalud o telemedicina deberán contar con las necesarias cualificaciones y habilitaciones para el ejercicio de la profesión que correspondan según el marco

regulatorio vigente de forma análoga al cuidado presencial y según el alcance incluido en estos mismos lineamientos (ver Cap. 4 Marco Regulatorio).

6. En la eventualidad que para el ejercicio de determinadas prestaciones de telesalud o de telemedicina fueran requeridas cualificaciones o habilitaciones específicas por parte de los correspondientes órganos o entidades competentes, los equipos de salud involucrados deberán contar con ellas.
7. En todos los casos, las organizaciones que entreguen servicios de telesalud o telemedicina debieran contar con políticas y procedimientos para asegurar que todos los equipos de salud que participan cuenten con la formación y competencias necesarias y adecuadas para desempeñar sus funciones.
8. Los profesionales y técnicos que concurren a proporcionar prestaciones y servicios de telemedicina o telesalud debieran contar con la necesaria formación, capacitación, orientación y desarrollo profesional continuo para poder brindar un servicio seguro y de calidad.
9. Las organizaciones de salud debieran diseñar y ejecutar los planes de capacitación y orientación en el lugar de trabajo que fueran requeridos para asegurar que los equipos de salud involucrados en las prestaciones y servicios telemédicos posean las habilidades y competencias para una provisión segura del servicio. La ejecución y participación en dichos programas debiera ser registrada.
10. Las organizaciones de salud que proporcionen servicios de telesalud o telemedicina debieran vincular los planes de capacitación y orientación con la evaluación de desempeño, incorporando además la retroalimentación proveniente de las sesiones de capacitación.

5.7 Organización

1. El desarrollo e implementación de servicios de telesalud requiere de una adecuada planificación previa que debiera ser realizada con la participación de todas las partes interesadas relevantes, considerando los objetivos y requerimientos clínicos, tecnológicos, administrativos, financieros, educacionales, socio-culturales y las necesidades, aceptabilidad y expectativas del paciente.
2. Las organizaciones debieran asegurar la adecuada preparación del entorno de trabajo, previo a brindar servicios de telesalud, considerando requerimientos del marco regulatorio aplicable, habilitaciones profesionales, infraestructura y espacios físicos,

comunicación efectiva, competencias y capacitación de los recursos humanos, soporte técnico-administrativo y gestión del cambio.

3. Las organizaciones deben establecer y verificar el efectivo cumplimiento de los requerimientos tecnológicos necesarios para brindar servicios de telesalud, entendiendo por ello aspectos tales como: la factibilidad técnica, la capacidad y alcance de operación de los dispositivos, redes y líneas de telecomunicaciones, el ancho de banda, la efectiva calidad de servicio requerida de las redes y de las líneas de telecomunicaciones, la confiabilidad y fidelidad de la transmisión de los datos, la interoperabilidad de los sistemas, la seguridad de la información en su tránsito, procesamiento y almacenamiento, el mantenimiento preventivo y correctivo junto con la disponibilidad del soporte técnico requerido para el nivel de servicio esperado, entre otros aspectos. Ver también el numeral 5 siguiente en materia de Seguridad de la Información.
4. Las organizaciones debieran definir claramente los roles, las responsabilidades y el correspondiente monitoreo y controles para establecer un marco adecuado para la rendición de cuentas por parte de quienes participan o están relacionados con la provisión de servicios de telesalud.
5. Las organizaciones que presten servicios de telesalud debieran contar con políticas, procedimientos y controles dirigidos a resguardar la Seguridad de la Información (confidencialidad, integridad y disponibilidad) que permitan dar cuenta de una gestión sistemática al respecto. Pueden considerarse los estándares y normas de la serie/familia ISO 27000, en particular ISO 27001/2 e ISO 27799, así como también el Marco de Ciberseguridad del National Institute of Standards and Technologies (NIST). En particular para el ámbito de los prestadores públicos de salud, se debe tener presente el Memorandum A15 N° 887 de 14 de abril de 2020 del Ministerio de Salud, Anexo Cláusulas de Protección de Datos y Seguridad de la Información en Contratos de Tecnologías del Ministerio de Salud y las Políticas y Procedimientos vigentes de Seguridad de la Información.
6. Las organizaciones que presten servicios de telesalud debieran contar con políticas y procedimientos para registrar, documentar, almacenar, custodiar y recuperar los registros clínicos y de salud de los pacientes resguardando la seguridad de la información (ver Cap. 4 Marco Regulatorio).
7. Las organizaciones que presten servicios de telesalud debieran llevar a cabo acciones y planes para la gestión del riesgo involucrado con la provisión de servicios en dicha modalidad. Esto debiera incluir planes de contingencia y alternativas para mitigar el

impacto, en caso de eventos o incidentes que pudieran afectar el servicio, los que deben ser informados y conocidos por los actores involucrados en su ejecución.

8. En los casos que corresponda, las organizaciones que presten servicios de telesalud en distintos territorios y/o contextos etno-socio-culturales, debieran contar con políticas y procedimientos para modular y adecuar sus servicios a dichos contextos tomando en cuenta las diferencias en términos de expectativas, aceptabilidad, marcos regulatorios, habilitaciones, responsabilidad, compatibilidad y otros aspectos que pudieran verse afectados.
9. Las organizaciones que presten servicios de telesalud debieran implementar los procedimientos y protocolos de seguridad donde sea aplicable y corresponda para asegurar que el uso de la modalidad telemédica no comprometa la seguridad del paciente.
10. Las organizaciones que presten servicios de telesalud debieran considerar los aspectos de calidad y la evaluación de los resultados señalados en la sección 5.3 Calidad de los Servicios y Evaluación de los Resultados de estos mismos lineamientos.
11. Los servicios de telesalud o en modalidad telemédica debieran integrarse lo más posible a los procesos y servicios de atención en salud ya existentes, estableciendo los canales de comunicación y mecanismos necesarios para facilitar y asegurar su coordinación.
12. Cuando la provisión de servicios de telesalud o en modalidad telemédica fuera a involucrar dos o más organizaciones de salud diferentes, se debieran establecer entre ellas contratos o acuerdos formales que determinen de forma detallada las respectivas obligaciones y responsabilidades en relación con la captura, transmisión, recepción, procesamiento, integración del registro y sistemas, almacenamiento, cadena de custodia y protección de la información clínica y/o de salud de los pacientes señalando las finalidades autorizadas para el tratamiento. Asimismo, se debieran establecer los mecanismos para informar a los pacientes al respecto y permitir una adecuada gestión de las autorizaciones y revocaciones en relación con el tratamiento de los datos personales y sensibles por parte de estos últimos de acuerdo a la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada, a Ley N° 20.584 sobre derechos de los pacientes, y demás normas legales pertinentes vigentes (ver Cap. 4 Marco Regulatorio).

5.8 Tecnología, Dispositivos, Equipamiento y Telecomunicaciones

1. Al igual que todo equipamiento o dispositivo que se utiliza en salud, los procesos de evaluación, selección, compra, arriendo u otras formas de adquisición de equipamiento y dispositivos para la telemedicina o telesalud debieran estar basados en buenas prácticas y en la confección de un documento de requerimientos explícito que contenga los criterios, especificaciones y aspectos requeridos en relación con las funcionalidades, seguridad para los usuarios, seguridad y precisión de los datos, facilidad de uso, velocidad de operación, medios de comunicación, conformidad y cumplimiento de estándares y certificaciones específicas, portabilidad, interoperabilidad, interfaces, integraciones, precio, escalabilidad, confiabilidad, demostraciones requeridas, y otros aspectos que pudieran resultar necesarios.
2. Las organizaciones que brindan servicios de telesalud deben contar con adecuadas políticas, programas, procesos y controles para llevar a cabo la correcta incorporación, uso, operación, limpieza y desinfección, actualización, mantención correctiva, preventiva y evolutiva, calibración y/o verificación de la calibración y confiabilidad de equipos y dispositivos utilizados y cumplir con todas las normativas, estándares de seguridad y regulaciones aplicables. Asimismo, deben contar con profesionales y técnicos formados, capacitados y orientados para llevar a cabo dichas actividades de forma adecuada, implementando también programas de capacitación actualizados a través de los correspondientes procesos de detección de necesidades de capacitación.
3. En particular para aquellos dispositivos, software y equipamiento que deben contar con calidad diagnóstica para su uso efectivo, eficiente y seguro en el contexto de servicios de telesalud o telemedicina, se deberán considerar y seguir los estándares, especificaciones, guías y lineamientos de calidad existentes para el uso o aplicación específica cada vez que sea posible. En ausencia de estándares, guías o lineamientos para el uso o aplicación específica, se consultará la literatura y estudios relacionados disponibles acerca de la seguridad, eficacia y efectividad.
4. Los sistemas y componentes utilizados para los servicios de telesalud o telemedicina, sean ellos computadores, dispositivos, equipos de telecomunicaciones, infraestructura de red, sistemas de información electrónicos, hardware, software y otros componentes relacionados debieran cumplir con los estándares de interoperabilidad necesarios para permitir el transporte e intercambio de información (preservando su significado) entre los distintos sistemas de salud, dentro del alcance y según lo requerido en cada

- escenario o contexto del servicio. Se debiera verificar y testear efectivamente la conformidad con dichos estándares en forma previa a su incorporación y despliegue.
5. Las redes, canales, servicios de Telecomunicaciones utilizados para los servicios de telesalud o telemedicina, debieran considerar un adecuado dimensionamiento, características, disponibilidad, ancho de banda y calidad de servicio (QoS) para satisfacer adecuadamente las necesidades y garantías mínimas establecidas para el servicio de telesalud o telemedicina, y, cada vez que sea oportuno y posible, debieran considerar y contar con uno o más sistemas, redes, canales o servicios de respaldo de las telecomunicaciones mismas.
 6. Las redes, canales, medios y servicios de Telecomunicaciones utilizados para los servicios de telesalud o telemedicina, cada vez que sea posible o de todos modos requerido para operar de manera segura, debieran contar con mecanismos o sistemas para detectar y eventualmente también corregir errores de captura, transmisión y recepción en el marco de una adecuada gestión del riesgo.
 7. Las plataformas y sistemas de información y los dispositivos hardware-software utilizados para los servicios de telesalud o telemedicina debieran manejarse de acuerdo a políticas, procedimientos y controles dirigidos a resguardar la Seguridad de la Información (confidencialidad, integridad y disponibilidad) en todos los estados en que esta pueda encontrarse (transmisión, procesamiento y almacenamiento). Al respecto pueden considerarse los estándares y normas ya citadas de la serie/familia ISO 27000, en particular ISO 27001/2 e ISO 27799, así como también el Marco de Ciberseguridad del National Institute of Standards and Technologies (NIST).
 8. Tanto las plataformas y sistemas de información, como los dispositivos hardware o software, las redes, canales y medios de telecomunicaciones utilizados para los servicios de telesalud o telemedicina que requieran implementar determinadas garantías mínimas relacionadas con su servicio, debieran contar con adecuados Servicios de Soporte y Mantenimiento, Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS/SLA) y Planes de Contingencia, independientemente de quién sea el proveedor del servicio (interno o externo a la organización), los que debieran considerar sistemas para el monitoreo y verificación continua del desempeño y disponibilidad pactada, procedimientos y canales de comunicación y gestión de incidentes, sistemas de respaldo tanto de la información como de las comunicaciones, protocolos para la gestión de las contingencias, tiempos máximos establecidos de primera respuesta, tiempos máximos de resolución y reposición del servicio según el nivel de riesgo que se haya establecido como aceptable. Y también incorporar, cada vez que sea posible, sistemas o servicios

de monitoreo y auditoría del efectivo cumplimiento de los niveles de servicio proporcionados por parte de terceros. Los proveedores externos involucrados en dichos servicios debieran asumir compromisos, obligaciones y responsabilidades que estén alineadas y acordes a las políticas, planes, procedimientos y controles para la Seguridad de la Información y la Gestión del Riesgo de las organizaciones que lleven a cabo servicios o prestaciones de telesalud o en modalidad telemédica.

9. En general, sin perjuicio de otras variables o factores que también podrían generar un impacto, en el ámbito de servicios telemédicos o de telesalud se recomienda la modalidad de comunicación híbrida, es decir aquella que utiliza tanto canales de comunicación sincrónicos (tiempo real) como canales asincrónicos (diferida).

Bibliografía

- Szecsenyi J, Miksch A, Baudendistel I, Kamradt M, Vach W. Praktisches Handbuch zur Qualitätsentwicklung in der Telemedizin. 1.ª ed. 2018. Disponible en: https://www.telemedbw.de/download_file/force/16753/229
- Ministry of Health, editor. National Telemedicine Guidelines. Singapore; 2015. Disponible en: https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/resources-statistics/guidelines/moh-cir-06_2015_30jan15_telemedicine-guidelines-rev.pdf
- Telehealth Quality Group (EEIG), editor. 2018/19 International Code of Practice for Telehealth Services: The Quality Benchmark for Digital Health and Care. 2017.
- Superintendencia de Salud, editor. Recomendaciones para la Elaboración de una Política y un Programa de Calidad Institucional: Sistema de Acreditación en Salud. Gobierno de Chile; 2014. (Nota Técnica). Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-9250_recurso_1.pdf
- Secretaría de Gobierno de Salud, editor. Anexo I: 1º Recomendación para el uso de la Telemedicina. Grupo Asesor- Resolución N° 21/2019, Artículo 5º. Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real. Buenos Aires, Argentina: Presidencia de la Nación; 2019. Anexo IF-2019-64753951-APN-SSCPS#MSYDS. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf
- Bundesärztekammer, editor. Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä: Behandlung im persönlichen Kontakt und Fernbehandlung. Dtsch Arztebl. 2019;116(9):A-978 / B-810 / C-798. [doi:10.3238/arztebl.2019.mbo.fernbehandlung](https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.mbo.fernbehandlung)
- American Medical Association, editor. Digital Health Implementation Playbook. 2018. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/system/files/2018-12/digital-health-implementation-playbook.pdf>
- National Committee for Quality Assurance, editor. Taskforce on Telehealth Policy (TTP) Findings and Recommendations. Latest Evidence: September 2020. Washington, DC; 2020. Disponible en: https://www.ncqa.org/wp-content/uploads/2020/09/20200914_Taskforce_on_Telehealth_Policy_Final_Report.pdf
- Ministerio de Salud, Gabinete del Ministro, División Jurídica, editores. Memo. A15 N° 00887 / 14.04.20. Ant. A22/N°15. Mat. Solicita revisar la pertinencia de actualizar anexo de Seguridad e incorporar Acuerdo de confidencialidad en contratos tecnológicos. 2020

6. INSTRUMENTOS DE FINANCIAMIENTO

6.1 Instrumentos de financiamiento disponibles en Chile

A la fecha de esta versión de los lineamientos existen los siguientes códigos de aranceles FONASA de prestaciones explícitamente indicados o relacionados con la telemedicina para la **Modalidad de Atención Institucional (MAI)**, es decir para prestaciones médicas que son entregadas por los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, sean dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas o privadas con las cuales los Servicios de Salud o Fonasa tengan convenio vigente:

Grupo 01 (atención abierta)

Código	Glosa
0108001	Consulta por Telemedicina

Este código y la respectiva glosa fue introducida en el Anexo II.7 de la Resolución Exenta N° 49 de 2019 del Ministerio de Salud, que modifica la Resolución Exenta N°176 de 1999 del Ministerio de Salud, en la que se incorpora la denominación y nueva prestación de telemedicina en el grupo 01 (atención abierta) subgrupo 08.

Cabe señalar que en relación a esta prestación (“*Consulta por Telemedicina*” código 0108001) en la modalidad institucional, se ha observado que en la práctica se utiliza como referencia para establecer copagos para dos prestaciones diferentes. Por un lado, para prestaciones que corresponden a interconsultas electrónicas de especialidad, según las definiciones terminológicas de estos lineamientos (ver Glosario), es decir, utilizadas para prestaciones médico-médico diferidas (asincrónicas), actuaciones que en general no consideran la participación o la interacción directa con el paciente. Por otra parte, se utiliza también para teleconsultas propiamente tales, es decir, para prestaciones paciente-médico en tiempo real. De esta forma, prestaciones significativamente diferentes están utilizando un mismo código para referencia de copago que no permite discriminarlas.

En relación con la **Modalidad Libre Elección (MLE)** de FONASA 2020, es decir, para todos los prestadores privados, individuales o institucionales (profesionales de la salud, entidades o sociedades) que han suscrito convenio con FONASA, existen los siguientes códigos de

prestaciones explícitamente referidas a la Telemedicina y establecidas previamente a la crisis COVID-19:

Grupo 01 (atención abierta)

<i>Código</i>	<i>Glosa</i>
0108201	Consulta Telemedicina Dermatología
0108202	Consulta Telemedicina Geriatría
0108207	Consulta Telemedicina Endocrinología
0108209	Consulta Telemedicina Neurología
0108212	Consulta Telemedicina Psiquiatría
0108320	Consulta Telemedicina Diabetología
0108326	Consulta Telemedicina Nefrología

Estos códigos y las respectivas glosas fueron introducidos por la Resolución Exenta N° 54 de 2020 del Ministerio de Salud, que modifica la Resolución Exenta N° 277 de 2011 del Ministerio de Salud, en la cual se agrega al numeral 7 (Grupo 01 consultas y visitas médicas) y bajo el numeral 7.1 (Prestaciones del Grupo 01 Atención Abierta) de la resolución modificada, un nuevo numeral 7.1.6 con el título de Telemedicina junto a los códigos antes mencionados, añadiendo algunas definiciones, generalidades respecto de la atención, el límite financiero (“las consultas de telemedicina se rigen por los mismos límites financieros de las demás consultas de especialidad del grupo 01”) y especificaciones que las instituciones prestadoras deben cumplir en el Convenio.

Se ha observado también, que para determinadas prestaciones (por ej. informes electrocardiográficos y otros) brindadas en modalidad telemédica, en ocasiones se utilizan códigos de prestaciones ya existentes que no denotan ni permiten discriminar la modalidad telemédica.

6.2 Instrumentos de financiamiento para el periodo de crisis sanitaria COVID-19 en Modalidad Libre Elección

Durante los períodos de vigencia de la Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud por el COVID-19 se ha autorizado el uso de un conjunto de códigos y glosas de prestaciones preexistentes de la Modalidad Libre Elección, que en su codificación y glosa no contemplan la modalidad remota, para que puedan ser realizadas como atención remota. La autorización para realizar atención remota no se da a nivel arancelario, sino que es permitida sólo durante la alerta sanitaria por medio de las respectivas resoluciones exentas emanadas por el Ministerio de Salud que se indican a continuación.

El 24 de marzo 2020 con la **Resolución Exenta N° 204** del Ministerio de Salud se autoriza que un conjunto de consultas médicas de especialidad y otras puedan ser realizadas en forma remota en Modalidad Libre Elección durante el período de alerta sanitaria, manteniendo registro de estas prestaciones en los mismos términos que una atención presencial en las que -según cada caso- se indica si la modalidad remota es admisible para primera consulta o para consulta de seguimiento [1].

El 23 de abril 2020 con la **Resolución Exenta N° 226** del Ministerio de Salud se añade un conjunto de otras siete prestaciones de salud que pueden ser realizadas en forma remota en Modalidad Libre Elección durante el período de alerta sanitaria, las que incluyen Traumatología, Neurología Pediátrica y Kinesiología, en las que -según cada caso- se indica si es admisible para primera consulta o para consulta de seguimiento [2].

El 22 de junio 2020 con la **Resolución Exenta N° 351** del Ministerio de Salud se incorporan también prestaciones de terapia ocupacional que pueden ser realizadas en forma remota en Modalidad Libre Elección durante el período de alerta sanitaria y en la que se indica en qué situaciones podrá ser admisible que pueda realizarse también para una primera consulta o atención [3]

Las exigencias que las resoluciones anteriores establecieron para la atención remota fueron desarrolladas y ampliadas por la Circular N° 7 del 13 de abril 2020 de la Superintendencia de Salud, en la que se informa e instruye sobre los deberes específicos que asisten a los prestadores individuales e institucionales de salud, que otorguen prestaciones a las que son aplicables las normas del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del D.F.L. N°1,

2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección, para el otorgamiento de prestaciones que se otorguen en forma remota [4]. En dicha circular se establecen requisitos de seguridad, información a entregar a los pacientes, requerimientos de espacio físico y para el desarrollo de la atención, registro y constancia de la prestación, recibo de indicaciones, recetas y certificados médicos, notificaciones GES, aspectos tecnológicos y de seguridad de la información entre otros, que deben cumplir los prestadores que otorgan dichas prestaciones.

6.3 Recomendaciones para los financiadores

- 1) Seguir promoviendo el establecimiento de modelos, referencias y mecanismos de financiamiento para la modalidad telemédica, tanto en el sector público como en el privado, según lo expresado por la Comisión Nacional de Productividad (2018) [5] y, en particular, en los ámbitos de las prestaciones donde existe mayor evidencia de buenos resultados [6]. Por otra parte, también, evaluar la continuidad de las modificaciones a las Normas Técnico Administrativas que se han introducido para autorizar la realización de prestaciones en forma remota para los pacientes que puedan acceder a la MLE durante los períodos de Alerta Sanitaria decretada por el Ministerio de Salud a raíz del COVID-19, de tal forma que dichas autorizaciones puedan extenderse e incorporarse en la práctica habitual en todo período.
- 2) Promover el reconocimiento, codificación y cobertura financiera en particular de prestaciones como el monitoreo remoto, que han demostrado que pueden contribuir de forma relevante a la prevención, al manejo de pacientes crónicos y a la atención oportuna en salud [6]. Según la experiencia internacional, hay que tener en cuenta que este tipo de prestaciones consideran los costos asociados a la configuración inicial, educación del paciente, captura, registro, transmisión e interpretación periódica de la información, comunicación con el paciente, entre otros, es decir, una serie de aspectos que están involucrados en el contexto de dicha prestación y que le confieren la calidad de prestación por sí misma, por lo que se le asigna un código y glosa de prestación para su cobertura financiera [7].
- 3) En el ámbito de los servicios y atenciones remotas o telemédicas, se recomienda asegurar la cobertura financiera de las actividades realizadas, tanto en el centro o institución de origen como en o desde la institución o centro de destino, tal como se establece también en recomendaciones de otros países. Por ej. aquellas emanadas por

el Grupo Asesor de la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud - Secretaría de Gobierno de Salud - Ministerio de Salud y Desarrollo Social (República de Argentina) [8].

- 4) Asegurar que la formulación y codificación de glosas de prestaciones se realice utilizando términos específicos que permitan discriminar la real naturaleza de la prestación cuando se trate de prestaciones significativamente diferentes entre sí, en línea y adherencia con las definiciones terminológicas indicadas en el glosario de los presentes lineamientos. En particular, por ejemplo, utilizar “teleconsulta” o “consulta remota” exclusivamente para aquellas prestaciones en las que hay una participación directa del paciente de forma sincrónica en el acto y el término “interconsulta electrónica” para aquellas prestaciones que corresponden a una interacción entre profesionales de la salud de forma asincrónica, es decir, sin la participación directa del paciente (ver Glosario). En otras palabras, poner a disposición diferentes códigos y glosas para identificar prestaciones significativamente diferentes entre sí, y así evitar que con un mismo código-glosa se contabilicen actos o prestaciones de naturaleza finalmente indeterminada o ambigua, lo que dificulta significativamente cualquier estudio o evaluación.
- 5) Para aquellas prestaciones previamente existentes que pueden llevarse a cabo también en modalidad telemédica, se recomienda considerar la posibilidad de que se indique, exprese, reconozca, registre y maneje la modalidad remota, sin la generación de un nuevo código relacionado (como si se tratara de una nueva prestación completamente nueva), sino que se maneje preferentemente más bien a través de un dato, atributo o un campo descriptivo adicional asociado a la misma prestación (preexistente). De tal forma de conciliar, por un lado, la necesidad de prevenir la proliferación de (pseudo) nuevas prestaciones y, por otro, poder especificar, discriminar, trazar, verificar, controlar y evaluar con mayor detalle, por ejemplo, la efectividad económica de las prestaciones realizadas en esta modalidad. Aun cuando ello previsiblemente tendría un impacto en los sistemas de información y plataformas utilizados actualmente para manejar dicha información, proporcionaría un mayor grado de información discriminante que también podría utilizarse para facilitar las actividades de control y fiscalización. Por ejemplo, en los EE.UU. se utiliza y se añade el dato “GT” como “*modifier*” de una prestación para precisar en particular que fue brindada a través de telecomunicaciones sincrónicas. Para aquellas prestaciones

efectivamente nuevas, es decir, que nacen y son habilitadas gracias a las tecnologías de información y comunicación y no tienen una prestación equivalente presencial previa codificada (ej. monitoreo remoto de pacientes), considerar la generación de un nuevo código y glosa tal como se ha hecho en otros países.

Referencias

[1] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, editores. Resolución 204: Modifica Resolución Exenta N° 277/2011, del Ministerio de Salud, que aprobó las Normas Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II DFL N° 1, del 2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección. Santiago de Chile; 2020. Disponible en: <http://bcn.cl/2eszj>

[2] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, editores. Resolución 226: Modifica Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud, que aprueba las Normas Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II DFL N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección. Santiago de Chile; 2020. Disponible en: <http://bcn.cl/2ep4v>

[3] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, editores. Resolución 351 Exenta: Modifica Resolución Exenta N° 277/2011 del Ministerio de Salud que aprobó las Normas Técnico Administrativas para la Aplicación del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II DFL N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud en la Modalidad de Libre Elección. Santiago de Chile; 2020. Disponible en: <http://bcn.cl/2fh3k>

[4] Intendencia de Prestadores de Salud, editor. Oficio Circular IP/N°7: Informa e Instruye lo que indica sobre los deberes específicos que asisten a los prestadores individuales e institucionales de salud, que otorguen prestaciones a las que son aplicables las normas del Arancel del Régimen de Prestaciones de Salud del Libro II del D.F.L. N°1, 2005, del Ministerio de Salud, en la Modalidad de Libre Elección, para el otorgamiento de prestaciones que se otorguen en forma remota, a fin de dar cabal acatamiento de la Ley N°20.584.-. Chile: Superintendencia de Salud; 2020. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articles-19360_recurso_1.pdf

[5] Comisión Nacional de Productividad, editor. Capítulo 6: Telemedicina. En: Tecnologías Disruptivas. Santiago; 2018. Disponible en: <https://www.comisiondeproductividad.cl/wp-content/uploads/2018/04/CAPITULO-6.pdf>

[6] National Committee for Quality Assurance, editor. Taskforce on Telehealth Policy (TTP) Findings and Recommendations. Latest Evidence: September 2020. Washington, DC; 2020. Disponible en: https://www.ncqa.org/wp-content/uploads/2020/09/20200914_Taskforce_on_Telehealth_Policy_Final_Report.pdf

[7] Mauro A. Principales hitos de la implementación de monitoreo remoto en el seguro público Medicare y Medicaid de USA [Internet]. Foro Salud Digital. 25 de agosto de 2019 [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://discourse.forosaluddigital.cl/t/principales-hitos-de-la-implementacion-de-monitoreo-remoto-en-el-seguro-publico-medicare-y-medicaid-de-usa/546>

[8] Secretaría de Gobierno de Salud, editor. Anexo I: 1º Recomendación para el uso de la Telemedicina. Grupo Asesor- Resolución N° 21/2019, Artículo 5º. Encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real. Buenos Aires, Argentina: Presidencia de la Nación; 2019. Anexo IF-2019-64753951-APN-SSCPS#MSYDS. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/anexo_1_recomendacion_uso_de_telemedicina_-_grupo_asesor_1.pdf

7. TELE-EDUCACIÓN EN SALUD

En el contexto de una prestación clínica a menudo se incluyen actos, instancias o programas de educación dirigidas al paciente, con un enfoque en promoción, prevención, mantención y rehabilitación de la salud, los cuales también pueden realizarse en modalidad a distancia e insertarse dentro de una prestación o servicio de telesalud. Cuando el objetivo del acto educativo a la distancia es de carácter sanitario, dirigido al paciente, familiares o cuidadores, estos lineamientos consideran dichas actividades como parte de un acto médico, clínico o sanitario, por lo tanto, son parte de la Telemedicina.

Cuando un acto, programa o instancia de tele-educación en salud tiene un objetivo formativo, profesionalizante, de educación continua, de capacitación o inducción al trabajo de los profesionales y técnicos de la salud, se considera fuera del ámbito de la Telemedicina propiamente tal y, para efectos de estos lineamientos, pertenecen al ámbito de la Tele-educación en salud.

Si bien, para estos lineamientos, la Telemedicina y la Tele-educación en salud son conceptos diferentes, ambos forman parte de la Telesalud (ver el Glosario). A diferencia de algunas definiciones que se han dado en el pasado por diferentes entidades u organizaciones, estos lineamientos establecen que Telemedicina y Telesalud no son categorías equivalentes, pues resulta necesario y relevante diferenciar un acto clínico de un acto formativo.

A nivel internacional existen casos en los que se ha asociado el término Telemedicina con la actualización o formación de los profesionales. Algunos ejemplos son TEMDEC o algunos programas de Nueva León, México. A pesar de estas experiencias, estos lineamientos por lo anteriormente expuesto separan el concepto Telemedicina y Tele-educación.

Dentro de la experiencia internacional en el ámbito de la tele-educación en salud, destacan las denominadas “Tele-Clínicas” del proyecto ECHO o ECHO Model™, las cuales, a través de la revisión, análisis y discusión con expertos de casos clínicos reales, tienen por objetivo la entrega de conocimiento a los equipos de salud del centro de origen. Los creadores del programa ECHO no consideran que están dentro de un contexto o acto de telemedicina, sino que dentro del ámbito de la formación y de la “democratización del conocimiento” como suelen explicar, o sea de tele-educación en salud, o de la telementoría como indican otros al

referirse a dicho programa. En este caso, la definición es coincidente con la que indican estos lineamientos.

Un modelo alternativo que combina explícitamente ambos propósitos, es lo que lleva a cabo la Unidad de Telemedicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción en Chile, donde se utiliza un modelo híbrido, asistencial-docente, que involucra tanto la revisión y resolución de casos clínicos, como la generación de instancias y entornos educativos y de formación. Esta estrategia tiene por objetivos contribuir a la formación clínica de estudiantes de la salud y apoyar en la atención de pacientes a distancia, en diferentes disciplinas, con uso de las tecnologías de información y comunicación, e involucra la participación de profesionales de salud de la APS, especialistas de diferentes disciplinas y alumnos del ámbito de la salud, para la toma de decisiones diagnóstico-terapéuticas. Estas experiencias formativas materializan instancias asimilables a lo que han llamado “campos clínicos virtuales”. En este caso nos encontramos dentro del ámbito de la Telesalud de acuerdo a estos lineamientos, puesto que, por un lado, se realiza un acto clínico (telemedicina) y, por el otro, también un acto formativo explícito (tele-educación en salud).

Más allá de estas diferencias conceptuales y sus implicancias, estos lineamientos quieren poner en evidencia otros aspectos relevantes en materia de tele-educación en salud, a partir de los cuales emanan un conjunto de recomendaciones para la academia descritas más adelante en este mismo capítulo.

Estos lineamientos reconocen que existen contextos, prestaciones y actividades que caben dentro del ámbito de la telemedicina, en las cuales además del acto clínico dirigido al paciente, se puede dar, de forma implícita, una instancia de aprendizaje y entrega de conocimiento entre los mismos profesionales y técnicos de la salud que participan. Ejemplo de lo anterior son las teleinterconsultas, los telecomités y reuniones clínicas a la distancia, instancias en las que se discuten uno o más casos en equipo, involucrando implícitamente entrega de conocimiento entre los mismos miembros del equipo de salud. La incorporación de las tecnologías de la información y telecomunicaciones ha permitido reducir, o incluso eliminar, las barreras de espacio y tiempo facilitando estas interacciones.

El segundo hecho relevante, es que gracias a los contextos y escenarios habilitados por las tecnologías de información y comunicación ya señalados, es posible también innovar en la formación de pre y posgrado en salud, permitiendo la participación de estudiantes en

procesos clínicos a distancia, similar a los que pudieran darse en la atención presencial, considerando todos los aspectos ético-legales asociados y en particular lo dispuesto por Ley N° 20.584, artículo 5 inciso 3°. Lo anterior abre una serie de posibilidades para la generación de nuevos diseños y estrategias instruccionales que debieran ser consideradas por educadores, formadores y tomadores de decisiones en el ámbito de la Educación. Además, se considera que este tipo de iniciativas, favorece el desarrollo de competencias asociadas al uso de las Tecnologías de Información y Comunicaciones en salud, por parte de los futuros profesionales sanitarios, lo que implicará considerar estos aspectos ante eventuales rediseños curriculares de las carreras, que son responsables de formar profesionales integrales y competentes, y permitan sus desempeños enmarcados en nuevos paradigmas de salud.

Y por último, un tercer aspecto relevante asociado a la introducción de las tecnologías de información y comunicación en salud, es que mientras este proceso abre nuevas oportunidades, por otra parte también introduce nuevos desafíos asociados al adecuado rediseño de procesos, la gestión del cambio, el uso óptimo de la información sanitaria, la seguridad, la aceptación e incorporación de nuevas formas y medios para relacionarse con pacientes, familias, cuidadores y otros miembros del equipo de salud, y muchos otros aspectos que es necesario abordar y gestionar para asegurar una adecuada coordinación y calidad asistencial. Una transformación continua que requiere también de una permanente actualización de las mallas curriculares, perfiles de egresos y competencias que se deben entregar para una adecuada formación de los profesionales y técnicos de la salud del presente y del futuro. De estas consideraciones emanan, entonces, las siguientes recomendaciones.

7.1 Recomendaciones para la academia y los formadores

1. *Créditos de formación continua o equivalente.* Reconocimiento de que algunos actos o prestaciones telemédicas desarrollados de acuerdo a estos mismos lineamientos en ámbito asistencial, implícitamente conllevan también un intercambio de conocimiento y un crecimiento profesional entre los miembros de los equipos de salud que participan. Por lo tanto, dichas actividades -que pueden ser tanto nacionales como internacionales- serían susceptibles de ser reconocidas en términos de créditos de formación continua, atribución de puntaje para postular a becas de especialización u otras formas de reconocimiento que permitan acreditar formación y experiencia que emana de la participación activa en dichas instancias. En estos casos, se sugiere

establecer los marcos con los criterios y condiciones para generar, registrar y acreditar este reconocimiento formativo en las formas que resulten más oportunas y adecuadas por parte de la academia y los formadores.

2. *Instancias innovadoras para la formación.* Establecer las condiciones, mecanismos, criterios, diseño y estrategias instruccionales adecuadas, para que algunas de las instancias o escenarios tales como los telecomités o reuniones clínicas virtuales para discusión de casos, puedan contemplar también la participación de alumnos o estudiantes en formación, ya sea de pre o posgrado, con todos los resguardos, autorizaciones y consentimientos que fueran necesarios y, tal como se ha recomendado en estos mismos lineamientos, para que puedan fomentarse y materializarse escenarios asimilables a campos clínicos virtuales facilitados por la telesalud.
3. *Incorporación de nuevas competencias en las mallas curriculares existentes de pre y posgrado en salud.* Reconocer la necesidad de establecer e introducir nuevas competencias en la formación y perfiles de egreso de los profesionales y técnicos de las carreras de la salud relacionadas con la telemedicina y telesalud.
4. *Formación habilitante para el desempeño de nuevos cargos relacionados con la telesalud.* Considerar en particular el desarrollo de nuevos programas de formación (de pre y postgrado), específicamente dirigidos a la telemedicina, telesalud o salud digital, necesarios para la actualización de los perfiles de los profesionales y técnicos de la salud y, eventualmente, como habilitante para el ejercicio de determinados cargos. Por ejemplo, cargos para la dirección de entidades, organizaciones, servicios, centros o departamentos relacionados con la entrega de servicios de telesalud.

Bibliografía

- Kyushu University Hospital, editor. Telemedicine Development Center of Asia: Asia-Pacific Medical Network Project in Kyushu University Hospital. [citado 23 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.temdec.med.kyushu-u.ac.jp/eng/img/about/references/leafletA4_eng.pdf
- Avendaño A, Parada F, Careaga M. Desarrollo de la Telemedicina basada en Gestión del Conocimiento. Experiencias en Contextos Clínicos y Académicos. Revista de la AITT.

2017;(4):37-47. Disponible en: <https://revista.teleiberoamerica.com/numero-4/Revista-AITT-numero-4.pdf>

- University of New Mexico, editor. Project ECHO [Internet]. About ECHO. [citado 22 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://hsc.unm.edu/echo/>
- McBain RK, Sousa JL, Rose AJ, Baxi SM, Faherty LJ, Taplin C, et al. Impact of Project ECHO Models of Medical Tele-Education: a Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2019;34(12):2842-57. [doi:10.1007/s11606-019-05291-1](https://doi.org/10.1007/s11606-019-05291-1)
- Zhou C, Crawford A, Serhal E, Kurdyak P, Sockalingam S. The Impact of Project ECHO on Participant and Patient Outcomes: A Systematic Review. *Acad Med*. 2016;91(10):1439-61. [doi:10.1097/ACM.0000000000001328](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001328)
- Houwink EJJ, Kasteleyn MJ, Alpay L, Pearce C, Butler-Henderson K, Meijer E, et al. Series: eHealth in primary care. Part 3: eHealth education in primary care. *European Journal of General Practice*. 2020;26(1):108-18. [doi:10.1080/13814788.2020.1797675](https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1797675)
- Chike-Harris KE, Durham C, Logan A, Smith G, DuBose-Morris R. Integration of Telehealth Education into the Health Care Provider Curriculum: A Review. *Telemedicine and e-Health*. 2020; (ePub previa a la impresión). [doi:10.1089/tmj.2019.0261](https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0261)
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, editors. *Regional Guidelines for Continuing Medical Education (CME)/Continuing Professional Development (CPD) Activities*. New Delhi: Regional Office for South-East Asia; 2010. SEA-HSD-334. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205767>