

# Bioética y virtualidad en la relación médico-paciente

Sergio Valenzuela P.

*Comité de Ética, HCUCH*

**SUMMARY** *The paper proposes, as the topic of analysis, the emergence of telemedicine, a tool that has been intensively used by doctors and other professionals during the covid pandemic. The essay, divided into two parts, first describes the current situation of telemedicine and afterwards proposes a few precautionary theses, related to telemedicine and the doctor-patient relationship according to the understanding that the latter has been inherited and transmitted by medical anthropology and the medical humanities.*

**Fecha recepción: julio 2022 | Fecha aceptación: agosto 2022**

## INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo del 2020 la OMS anunció que la nueva enfermedad del Covid-19 podía considerarse una pandemia. A partir de esa fecha, han ocurrido innumerables e impensadas transformaciones en el mundo y especialmente en el mundo de los cuidados de la salud. Al no ser el objetivo de esta comunicación, no las analizaremos todas y solo nos centraremos en un aspecto destacado de esas transformaciones, las relaciones “virtuales”. La indicación de mantener una distancia prudente entre las personas para desacelerar o evitar contagios, hizo conveniente instalar como una conducta deseable, el distanciamiento entre las personas. Esto llevó a aclarar los términos y la necesidad de poner el acento mayormente en el distanciamiento

físico y no, en el distanciamiento social, comprendido este último como portador de una carga de individualismo, aislamiento, desconexión y de exclusión.

Nuestro escrito es una reflexión sobre el efecto que tendría la virtualidad en la relación médico-paciente y la perspectiva de la reflexión es la bioética, disciplina que se ha hecho presente de manera intensa en estos tiempos de pandemia.

Entonces, tendremos que ver qué dice la bioética sobre la relación médico paciente y especialmente, en este caso, qué ha pasado con la relación médico-paciente a raíz de la emergencia de las tecnologías que hacen posible la práctica de la medicina virtual para resolver el distanciamiento físico, uno de

los tantos desafíos que la pandemia le ha planteado a la Medicina.

### NOTAS PRELIMINARES

Tenemos que aclarar que no existe una sola bioética, sino varias, y que éstas se nutren de diferentes principios (laica, confesional, secular, liberal, etc.) y en ese sentido, son partidarias (ya que tiene que tomar partido entre diferentes sistemas de principios)<sup>(1)</sup>; sin embargo, parece ser que en esto hay cierta convergencia sobre una doctrina unificada de lo que sería una relación médico-paciente fiel a lo que llamaremos, su esencia. Dentro de ellos, pero no exclusivamente, se destacan los elementos de la comunicación, la intimidad, la confianza, la empatía, los valores de cada uno, la búsqueda del bien del paciente, la promoción de la autonomía y el respeto a los principios de cada actor en la relación.

Bastante desarrollada con anterioridad al nacimiento de la bioética, se deberá reconocer también los grandes aportes que hiciera a la comprensión y al estudio de la relación clínica, la mirada de la antropología médica.

De más estaría mencionar los nombres de Pedro Laín Entralgo, Karl Jasper, Victor von Weizsäcker, Artur Jores, Canguilhem y en Chile, Armando Roa, Fernando Oyarzún, Mario Varela, Miguel Kottow. Todos ellos se vinculan temáticamente con la realidad de lo fundamental de la medicina, que es la relación médico paciente y para ello recurren a los esfuerzos de comprensión de la enfermedad vista bajo la luz del sujeto humano.

Actualmente bajo el nombre de telemedicina hay tanta confusión y variedad de definiciones como definiciones encontramos en el diccionario sobre qué es lo virtual<sup>(2)</sup>.

Virtual: Del lat. mediev. *virtualis* y este der. del lat. *virtus* "poder, facultad", "fuerza", "virtud". 1. adj. Que tiene virtud para producir un efecto, aunque no lo produce de presente, frecuentemente en oposición a efectivo o real. 2. adj. Implícito, tácito, 3. adj. Fís. Que tiene existencia aparente y no real. 4. adj. Inform. Que está ubicado o tiene lugar en línea, generalmente a través de internet. Tienda, campus, curso, encuentro virtual.

Así llegamos al oxímoron de que existiría la realidad virtual.

Se conoce como realidad virtual al sistema tecnológico que permite al usuario tener la sensación de estar inmerso en un mundo diferente al real. Esta ilusión se produce gracias a los modelos creados por una computadora que el usuario contempla a través de un casco especial<sup>(3)</sup>.

Esta amplitud de comprensiones ha obligado en el ámbito sanitario a generar glosarios que contengan aquellos términos, sinónimos, referencias y convenciones para crear un sistema global, como ocurre con la aeronavegación, la investigación científica o la economía.

A su vez, son innumerables los términos que rondan este tema, desde la intuitiva y fácilmente comprensible teleconsulta, pasando por consulta electrónica, telemedicina, interconsulta electrónica, teleasistencia, telecapacitación, telecomité, teleconsultoría, teleinforme, teleinterconsulta, telemonitoreo, teleorientación, telerrehabilitación, telesalud, teleseguimiento, teletriage, terapia digital, tiempo real, sincronía y asincronía, entre otros tantos<sup>(4)</sup>.

Así las cosas, los actuales esfuerzos han estado orientados a dar respuesta a un conjunto de desafíos simultáneamente legales, sociales y procedimentales, sin desatender a los desafíos éticos

sobre los que queremos como sociedad hacer que las tecnologías se pongan a nuestro servicio<sup>(5)</sup>. Los últimos años la Comunidad Europea, la OMS, UNESCO han seguido congregando a grupos de expertos y proponiendo recomendaciones para una ética de la inteligencia artificial<sup>(6)</sup>.

### **ELEMENTOS DEL CONTEXTO DE LA TELEMEDICINA Y VIRTUALIDAD**

Para una correcta comprensión de su desarrollo, hay que recordar que la telemedicina no nace con la pandemia. Los primeros usos que se le dio a la telemedicina ya tienen más de 20 años y apuntaban principalmente a los informes de exámenes a distancia. Luego migró hacia la interconsulta a distancia y más recientemente hacia la teleconsulta, ya sea en modo híbrido, como presencial sincrónico. Lo que sí es cierto es que el modelo se hizo masivo en relación a la pandemia de Covid-19, pasando de una tasa de prestaciones de menos del 1% en 2018 a las tasas actuales, que, por lo descrito en torno a las diferentes modalidades, escenarios, plataformas y otras variaciones, es imposible de calcular en forma exacta, pero han crecido en un mil por ciento. Lo cierto es que la pandemia aceleró las teleconsultas, los *chatbots* y las aplicaciones de atención a usuarios en salud. Y no solo eso, sino que, al evaluar la capacidad resolutoria de la telemedicina, ha demostrado que un alto porcentaje de las consultas médicas no requerían de la presencia física del paciente<sup>(7)</sup>.

Se han publicado experiencias en diferentes especialidades con éxito en sus resultados, como lo es en Ginecología y Obstetricia, donde se comparó el control prenatal en persona v/s control virtual en poblaciones seleccionadas y se concluye que no hay cambios en los resultados obstétricos entre ambos métodos de control<sup>(8)</sup>. Así mismo ocurre en trabajos de otras especialidades publicados hasta ahora.

En cuanto a la experiencia-usuario revisada en dis-

tintas especialidades y regiones a nivel nacional e internacional, también demuestran que la atención por telemedicina es satisfactoria para usuarios y proveedores. Dicen que es una herramienta valiosa para complementar la atención clínica<sup>(9)</sup>. Lo que más sorprende es el dato que revela que esta evaluación positiva es mucho mayor que la evaluación de la experiencia en modo presencial. Es decir, contra un 90% de evaluaciones positivas de teleconsulta, la visita al médico en modo presencial es valorada positivamente en un 60%, lo que hace suponer que asociado a los resultados de efectividad y aceptabilidad, esta herramienta tecnológica seguirá siendo usada en los tiempos postpandemia por un alto porcentaje de los pacientes. Este solo dato nos obliga a detenernos y revisar qué se está investigando y cómo se está desarrollando la telesalud y la virtualidad para su implementación a futuro.

En cuanto a las áreas de desarrollo, éstas se dan en diversos planos. Se está avanzando en el área de tecnología y ciberseguridad; en la confiabilidad y calidad, así como en interoperabilidad y conectividad; en procesos y organización, cambiando las culturas organizacionales y en la gestión del cambio; en los aspectos legales en normas y regulaciones, así como en la responsabilidad profesional y consentimiento informado, y en privacidad de los datos. En los aspectos financieros, se estudia la sustentabilidad, la rentabilidad y se avanza en formas de pagos y reembolsos. En lo relativo a los pacientes, en incidir en una cultura de consulta según niveles de complejidad, alfabetizando las costumbres de consulta<sup>(10)</sup>, las condiciones de salud y el seguimiento y control de patología principalmente crónica y Atención Primaria.

En los profesionales se ha estudiado<sup>(11)</sup>, tanto los factores de aceptación como las barreras de uso relacionadas con la utilidad percibida y la intención de uso. También se ha avanzado en los profesiona-

les, en los aspectos normativos y de capacitación para una consulta más acorde a las buenas prácticas clínicas<sup>(12)</sup>.

## **LA RELACIÓN CLÍNICA EN LA TELEMEDICINA**

Hecho un recorrido sumario sobre la implementación de la telemedicina, aclaramos que los aspectos que se desarrollarán a continuación ya no corresponden a datos empíricos objetivables o de los llamados datos duros, como los de las páginas precedentes. Lo que sigue es plantear tesis preliminares y fundamentarlas en los elementos que a nuestro juicio puedan aportar desde las humanidades médicas a una mejor comprensión del fenómeno de la relación virtual médico-paciente y advertir sobre los cuidados necesarios para no desbordar el significado y la utilidad de su uso. Para ello, lo primero será definir de la forma lo más precisa posible qué parte de las tecnologías será la analizada. Lo haremos con la teleconsulta.

Hacemos esta opción porque entendemos que la relación clínica o la llamada relación médico-paciente y su práctica es lo inamovible de la Medicina y aquello sobre lo que pivota buena parte de ella.

Se ha definido la teleconsulta como aquella “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 (por ejemplo, las videollamadas)”<sup>(3)</sup>.

Definida ésta y con independencia del contexto geográfico, salvo la distancia entre médico y paciente, podemos afirmar que lo que se intercambia básicamente entre ellos es información<sup>(13)</sup>.

Primera tesis entonces: la telemedicina para lograr

su utilidad, requiere de intercambio de información.

La entrega de información, de datos, tiene como objetivo su utilización, ya sea para conocimiento de otra persona o para su uso o provecho. En este caso para el uso médico al servicio de un diagnóstico, tratamiento o pronóstico.

Esta finalidad puesta en el uso de los datos supone que el vehículo más fiel para el lenguaje informativo es el signo. Dentro del lenguaje indicativo o informativo, se desentiende de la estructura de las palabras o de su significado real y se asienta en su significado convencional, quedando no resuelta la tensión entre significante y significado.

Paralelamente hay que recordar que en medicina se ha transmitido con insistencia la frase “El tiempo que se dedica a escuchar los síntomas es tiempo valioso que se distrae de buscar signos”, atribuida al Dr. Wilhelm O. Leube.

## **PRIMERA CONCLUSIÓN**

Como en la telemedicina no es posible realizar examen físico, explorar con las manos, con sus extensiones o con los instrumentos médicos, una posible derivación lógica de esta situación será pedir muchos más exámenes o hacer diagnósticos sin la necesaria exploración física. Esto nos planteará problemas éticos cada vez que nos enfrentamos a la toma de decisiones con datos incorrectos, incompletos o mal entregados y deberemos asumir los correspondientes errores médicos derivados de una tecnología mal implementada o un proceso mal ejecutado.

## **SEGUNDA TESIS: EL VALOR DEL ENCUENTRO**

Ahora bien, volviendo a la relación clínica presencial en contraposición a lo puramente virtual, lo que se produce en ella es un encuentro entre dos

personas, entre el médico y el paciente. En ese encuentro, se propicia un proceso de comunicación personal que no es meramente informativo. Aun cuando se pueda derivar mucha información de él, no es su esencia. Este encuentro comunicativo solo se produce, si es utilizado en un espacio de confianza para la expresión por parte del paciente de su intimidad psíquica, emocional, afectiva. En este encuentro, si progresa correctamente, se irá dando lo más propio de la riqueza de una comunicación humana, que es portadora de significados, que es simbólica, que implica la expresividad corporal, la fisognómica y que es portadora de los afectos de la persona: los temores, las esperanzas, las angustias, las alegrías o los miedos.

Como dice Roa, si el lenguaje indicativo se trasmuta en símbolo (comunicación), el valor de la información se impregna de “temperatura afectiva”. Para que la comunicación efectiva y afectiva se produzca, a diferencia de la pura entrega de información, es necesario generar una situación propia. Tal vez por eso todas las guías de recomendaciones hacen tanto hincapié en preparar la sesión, vistiéndose adecuadamente, haciéndolo desde una consulta o una habitación cálida que transmita confianza sobre la seguridad y privacidad de la sesión. Es decir, simulando la espacialidad de una consulta presencial.

En relación al mismo proceso de disposición propicia para la comunicación y que trascienda lo puramente informativo, hay que señalar la organización espacial en medicina: parte de la base que los espacios nunca son neutros<sup>(14)</sup> desde el punto de vista del hombre, la geografía y la geometría; también son parte del lenguaje simbólico. Lo que ha posibilitado la práctica de la telemedicina entre otras cosas es hacer desaparecer la dimensión espacial de la relación clínica. Y en lo humano hay espacialidad. Y en lo médico existen los espacios. Existe un espacio para enfermar y para sanar, uno

para vivir, para comer, para amar y también para morir.

### **TERCERA TESIS: LA ENFERMEDAD ES DEL PACIENTE – EL MOMENTO COEJECUTIVO**

Para finalizar este ensayo, haremos una relectura de lo planteado por Laín Entralgo en su libro sobre la relación entre el médico y el enfermo en el mundo actual<sup>(15)</sup>. No era posible que Laín se imaginara la telemedicina según el avance que actualmente ha tenido; sin embargo, describe con amplitud los escenarios donde se desarrolla en el mundo actual la relación clínica. Eso le permite responderse la pregunta por los fundamentos comunes que tendría dicha relación a pesar de darse en los distintos escenarios.

Brevemente, Laín afirma que el hombre es persona. Si se quiere establecer una relación con alguien, hay que tratarlo conforme a lo que él en sí mismo es, es decir, esto exige una relación interpersonal. Luego se pregunta, si la relación humana entre médico y paciente puede ser una relación exclusivamente interpersonal. A lo que se responde que no puede ser una relación puramente interpersonal, ya que el médico convierte pragmáticamente al enfermo en objeto de su estudio; sin embargo, en ese mismo sentido es que la medicina resuelve el encuentro médico-paciente, salvando la estructura personal del paciente, ubicándolo entre dos tipos de relaciones con bienes y objetivos diversos. La ubica entre las diádas de relación de pura camaradería y la diáda de relación de amistad genuina y de amor. Esta cuasidiáda tiene una dinámica que exige necesariamente que en ella se convine los fines de una relación objetivante (objetivación cooperativa) y una relación cuyo eje es la mutua coejecución o cooperación mutua (amistad genuina).

En la medicina se exige la realización de operaciones resueltamente objetivantes. Cuando se percute el tórax, ¿qué es el tórax sino un objeto sonoro?,

se pregunta Laín. Este paso obligadamente objetivante deviene de la naturaleza de la enfermedad, que es un acontecer somático. Pero el trato al sujeto enfermo no es nunca puramente objetivante. Aún en la mesa de operaciones, cuando se es puramente cuerpo, siempre se es un cuerpo personal. Por ello es que la relación médica se consuma en un momento siguiente, el de la coejecución, donde el médico, en la medida y el modo en que es posible, deberá convivir con el sentido que para la persona del enfermo tiene la enfermedad que padece.

Hemos tenido noticias de que algunos de los avances de la telemedicina no solo plantean extender el alcance de determinados servicios o de complementar la consulta presencial con la virtual, sino que además permitiría reemplazarla en determinados escenarios. Esto parece posible, si la evaluación de impacto solo mide aspectos resolutivos de una patología, principalmente aguda o cuando los beneficios superen a los riesgos (ver el infarto al miocardio en un ECG a distancia). Pero nos queda la interrogante de cómo hacer entrar al sujeto en esas prestaciones de teleasistencia sin trastocar los fundamentos de la relación médico-paciente.

Hay dimensiones de la telemedicina que aún no han sido suficientemente analizadas e informadas por las disciplinas que corresponde. A nuestro parecer, un aporte inmenso a la comprensión de esta realidad virtual lo debiera hacer el análisis fenomenológico de las experiencias usuario, así como un análisis epistemológico del significado de la persona-fuente-de-datos, confundida y transformada en las variables clínicas reportadas, como ocurre en la telemonitorización. Esta práctica de sujeción del paciente a diferentes dispositivos que van entregando en tiempo real una serie de datos corporales, ha sido desarrollada para mejorar el diagnóstico temprano de una serie de complicaciones médicas en pacientes determinados, pero su masificación no ha contemplado el significado

psicoemocional y la experiencia física de estar sujetos a estos dispositivos, sensores, tabletas y teléfonos inteligentes. Entonces, aún estamos en deuda reflexiva con lo que puede venir en la oferta de la telemedicina para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sin considerar la relación que ellos quieren tener consigo mismos.

Si el sujeto que padece la enfermedad queda velado por la telemedicina, su lenguaje se tornará progresivamente telegráfico, informativo y la finalidad del encuentro virtual se torna exclusivamente objetivante. Ocurrirá que hemos convertido al enfermo en su enfermedad. Sabemos que las enfermedades no tienen existencia real, que son representaciones mentales propias de la ciencia médica y que son necesarias para su operar científico-técnico<sup>(16)</sup>, pero que aparte de la enfermedad como cuadro clínico, existe un alguien que la padece, la experimenta o la vive.

El giro positivista de la medicina tecnocientífica nos ha hecho ver a los pacientes por órganos o especialidades. Como señala J. Hoyos, un cardiólogo ha auscultado un soplo, ha identificado una lesión valvular y ha hecho un diagnóstico. Esto en un futuro se podrá hacer en forma virtual, pero una vez hecho el diagnóstico, ese médico debe devolverle el corazón al enfermo. Ese corazón que le lleva el paciente al médico y que le expresa a través de sus síntomas es diverso al corazón valvulópata. El corazón del paciente es simultáneamente el que se sobresalta cuando se emociona mucho, el que se destroza cuando tiene una desilusión, el que duele cuando lo ofenden<sup>(17)</sup>. Hemos vivido una experiencia familiar reciente con un gran corazón de abuela, amante de su jardín y de sus plantas, de sus esfuerzos por desmalezarlo, por hacer dulces con los frutos de sus membrillos y naranjos. Después del diagnóstico valvular (estenosis crítica) está sentada en su poltrona, preguntándose en cada paso que da, si

puede dar el siguiente. Entonces más allá de lo que pueda diagnosticar el médico, la representación que el paciente hace de su propio corazón es el que deberá transferir el médico para que el paciente se haga cargo de su enfermedad y de su dolencia y de su tratamiento (apropiación).

### PARA FINALIZAR

Esos son algunos de los desafíos éticos, antropológicos y culturales que nos plantea hoy la telemedicina y deberemos apurar el paso para enfrentarlos

y decidir, si la relación médico paciente puede o debe seguir siendo lo que fue: una relación de ayuda de persona a persona. Nada de lo dicho puede suponer una crítica que invalide el uso de la telemedicina. De hecho, es una herramienta de tremenda ayuda a muchos pacientes y especialidades, pero nos pareció necesario ocupar esta tribuna y este tiempo para poner sobre el tapete aquellos aspectos que son necesarios de compartir, conversar, intercambiar e incluir en los nuevos escenarios docentes de las profesionales de la salud.

### REFERENCIAS

1. Bueno G. ¿Qué es la Bioética? Pentalfa Ediciones; Oviedo, 2001:17.
2. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Consultado en <https://dle.rae.es/virtual?m=form>
3. Pérez Porto J, Gardey, A. Definicion.de. Consultado el 16 de noviembre de 2022 en <https://definicion.de/virtual>.
4. CORFO InnovaChile. Fundamentos para los lineamientos para el desarrollo de la telemedicina y telesalud en Chile. Segunda edición, 2020.
5. European Commission, Directorate-General for Research and Innovation, European Group on Ethics in Science and New Technologies. Statement on artificial intelligence, robotics and 'autonomous' systems. Brussels, 2018. Disponible en <https://bit.ly/3GA7aa5>
6. UNESCO. Anteproyecto de recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial. París, 2020. Disponible en <https://bit.ly/3ABg1o9>
7. Tanya Albert Henry. Telehealth case study: Virtual-first approach to primary care. Consultado el 7 octubre 2021 en <https://bit.ly/3EvlyOe>
8. Duryea E, Adhikari E, Ambia A, Spong C, McIntire D, Nelson. Comparison between in-person and audio-only virtual prenatal visits and perinatal outcomes. *JAMA Network Open* 2021;4:e215854.
9. Francisco García-Huidobro N, Matías Willson E, Valeria Sepúlveda C, Soledad Palma R. Evaluación de satisfacción en la implementación de un nuevo sistema de telemedicina en el Servicio de Otorrinolaringología del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río (CASR)

- durante la pandemia de COVID-19. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet] 2020;80:403-10.
10. CENS. Consejos para preparar su consulta. Consultado en <https://bit.ly/3Xkdhp4>
  11. Gonzalo Segrelles-Calvoa, Eusebi Chiner, Estrella Fernández-Fabrellas. Aceptación de la telemedicina por los profesionales sanitarios. Arch Bronconeumol 2015;51:611–2.
  12. CENS. Telemedicina durante la epidemia de COVID-19 en Chile. Consultado en <https://bit.ly/3hWmmnL>
  13. Roa, Armando. Comunicación, sustituto y símbolo. Rev Neuropsiq 1966;5:7-11.
  14. Choza, J. Medicina, geografía y geometría. Los espacios de la salud y la enfermedad. Thémata. Revista de Filosofía 2008;40.
  15. Pedro Lain Entralgo. La relación médico-enfermo. Alianza Editorial, 1983:238.
  16. Fernando Oyarzún. Idea médica de la persona Ed. LOM; Santiago de Chile, 2005.
  17. Hoyos, J. La relación médico paciente: entre la supremacía del signo y la exclusión del síntoma. Consultado en <https://bit.ly/3V8AhWt>

#### **CORRESPONDENCIA**

Dr. Sergio Valenzuela Puchulu  
Comité de Ética  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Dr. Carlos Lorca Tobar 999  
Independencia, Santiago  
E-mail: [sergioalexis1957@gmail.com](mailto:sergioalexis1957@gmail.com)  
Fono: 569 2978 9008

