

como riesgo propio de cualquier procedimiento quirúrgico. Al no existir deficiencia en tres de esos casos, el conflicto se solucionó con condonación parcial de gastos; uno optó por el arbitraje y tres quedaron con sus derechos a salvo.

Posibilidad de reintervención a cielo abierto.

Los casos en los que el procedimiento no logró resolver el problema y se requirió de una intervención de mayor magnitud, se generó inconformidad por la falta de resolución mediante el procedimiento indirecto; en siete ocasiones no se alcanzó acuerdo alguno respecto a las pretensiones, quedaron sus derechos a salvo, y un quejoso optó por el arbitraje.

Inadecuada descripción de la naturaleza y el objetivo del procedimiento en su carácter diagnóstico y/o terapéutico.

Todas las ocasiones en que no se aclaró que el procedimiento tenía un objetivo diagnóstico y tentativamente terapéutico generaron descontento en el usuario, quien lo calificó de resultado insatisfactorio o incompleto, por lo que se dejaron sus derechos a salvo.

Falta de entrega de la videocinta que el paciente, con razón, argumenta se le cobró.

En ocasiones, el prestador de los servicios asume que las videocintas forman parte del expediente clínico y no se aclara al paciente que la copia del material filmico está a su disposición. La copia se presentó y el caso concluyó mediante el desistimiento. Pero, en los 22 casos, los pacientes coincidieron en que consideraron, en principio, que la intervención quirúrgica con equipo de alta tecnología sería más fácil .

¿Usted, qué cree?

Programa Nacional de Telemedicina

Luis Amaro Sánchez

En este artículo, el doctor Luis Amaro Sánchez explica detalladamente las funciones del Programa Nacional de Telemedicina del ISSSTE, y las ventajas que ofrece tanto al personal médico y técnico como a los pacientes que requieren de atención médica oportuna y especializada.

El doctor Luis Amaro Hernández es pediatra e inmunoalergólogo. Actualmente es jefe del Servicio de Educación Continua y Divulgación y coordinador del Programa de Telemedicina del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Antecedentes

Desde el punto de vista social, la mayoría de los médicos especialistas, por múltiples circunstancias, laboran en las grandes ciudades. Difícilmente un especialista muy preparado ejerce en regiones alejadas del centro de la República, con lo cual limita a poca gente el beneficio de su preparación.

Esto motiva a los pacientes que buscan un servicio de mayor calidad y un punto de vista médico con mayor experiencia a emigrar desde un pueblo a una capital o de un estado al Distrito Federal, con la finalidad primordial de recuperar su salud.

El traslado del paciente al hospital, en estos casos, trae consigo gastos económicos y sociales. La familia sufre un desgaste social cuando el enfermo, acompañado generalmente de una persona productiva, tiene que acudir a un nosocomio lejano

por dos o tres días, a veces hasta por una semana, dependiendo del padecimiento.

Ante estas circunstancias, si un paciente tiene la posibilidad de ser revisado por un médico especialista en el lugar donde radica, evita el gasto económico y social del traslado, por lo que hará uso del sistema de telemedicina, que le favorece ampliamente.

Actualmente, el paciente solicita con frecuencia el sistema de telemedicina; es más, cuando por alguna circunstancia se suspende por momentos, lo reclama, porque sabe los beneficios que brinda a su familia y a su economía. Es entonces cuando la telemedicina tiene una acogida favorable.

Esto no fue siempre así; al iniciarse el programa piloto, en 1995, tuvimos que hacer labor de convencimiento y luchar contra algunas barreras culturales e ideológicas sumamente arraigadas. Por ejemplo, la gente no se quería poner frente a una televisión, sobre todo las personas de comunidades lejanas, como Tuxtla Gutiérrez. Tenían la creencia de que se les robaba el alma, la capacidad de pensar. Afortunadamente, estas actitudes, con la experiencia, se desvanecieron. Se les demostró que en nada los cambiaba el hecho de ponerse frente a las cámaras, y que el sistema estaba diseñado para que ellos tuvieran acceso a esa tecnología. La gente se fue dando cuenta de ello, y ahora no solamente la pide, sino que a veces la exige.

Creación del Programa de Telesalud

El Programa Nacional

de Telesalud en el ISSSTE no surgió circunstancialmente, sino como respuesta a una necesidad mundial, a un reclamo latente de la población que exigía una asistencia de buena calidad y altamente especializada, pero, sobre todo, oportuna y a un bajo costo.

El ISSSTE, después de hacer una serie de análisis socioeconómicos, y ante la posibilidad de que el sistema de Telesalud pudiera traerle grandes beneficios, lo puso en marcha en 1995.

Inicialmente realizó un programa piloto de cuatro meses. El enlace se llevó a cabo entre el Hospital 20 de Noviembre y un hospital de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con mucha necesidad de asistencia; sobre todo de traslados de pacientes de esa región a nosocomios de la ciudad de México. Este programa piloto fue de interconsulta, es decir, sólo para brindar asistencia médica; de ahí que la función principal del sistema sea, precisamente, la teleconsulta.

El sistema en su conjunto recibe el nombre de telemedicina; sin embargo, tras la experiencia de esos cuatro meses surgieron otras posibilidades para su uso: como una vía de referencia y contrarreferencia de datos y procesos administrativos. En ese momento nació la teleadministración.

Posteriormente, observamos cómo, por medio de las teleconsultas, nuestros médicos —tanto los que estaban en preparación como los ya adscritos— se interesaban en presenciar las consultas, porque con ellas actualizaban sus conocimientos e intercambiaban ideas. Era un mutuo aprendizaje entre los médicos chiapanecos y los del 20 de Noviembre. De esta manera se gestó la posibilidad de organizar sesiones de análisis de casos particulares y problemáticas especiales con mayor frecuencia.

Estos ensayos fueron el puntal para crear el sistema de teleducación, y con él, cursos, y sesiones interactivas sobre temas que conviene discutir respecto a los

padecimientos de los derechohabientes.

Telenseñanza, teleducación, teleadministración y teleconsulta son las principales funciones que nos permite brindar el sistema de telemedicina. En el momento en que las aplicamos en la resolución de problemas de índole médico, basándonos en el Programa Nacional de Salud, cambiamos el nombre no sólo del sistema, sino las acciones mismas que nos permite. Ahora lo conocemos como Programa Nacional de Telesalud.

Organización del Programa Nacional de Telesalud

El programa está dividido en cuatro rubros. El primero es responsabilidad de la directora general, quien coordina a los subdirectores encargados de mantener el programa de telesalud. Podríamos decir que es la parte política que mantiene vigente el sistema de telemedicina.

El segundo corresponde a la parte administrativa, encargada de mantener los recursos económicos necesarios para que el sistema permanezca en continuo funcionamiento; el tercero es la asesoría técnica especializada, que nos permite mantenerlo en las mejores condiciones, sopesar sus posibilidades de crecimiento y actualizar la tecnología que le sirve como soporte.

El cuarto rubro me corresponde: la coordinación del sistema de telemedicina. Esto implica operar el sistema con los elementos técnicos y humanos a nuestra disposición y obtener el mayor número de funciones posible.

Tienen especial relevancia la asistencia médica a distancia, conocida como teleconsulta, y la telenseñanza o teleducación, que pretende hacer llegar a los puntos más remotos cursos de capacitación y académicos, así como sesiones interactivas para aquellos médicos y pacientes que, por circunstancias económicas, por enfermedad o por dificultades geográficas, no puedan trasladarse al hospital.

Es importante acotar que también se imparten cursos administrativos y de capacitación en general, por lo que este tipo de enseñanza no va estrictamente dirigida a los médicos; también se imparte a paramédicos, enfermeras, personal administrativo técnico. Asimismo, las horas en que no se llevan a cabo actividades de teleconsulta o telenseñanza, se aprovechan para hacer un intercambio de ideas con respecto a cuestiones de índole estrictamente administrativa con hospitales de otros estados.

Actualmente, quien puede encender una computadora, puede manejar el sistema de telemedicina.

Actualmente estamos instrumentando un sistema de educación continua que pretendemos desarrollar ampliamente. Con él se pretende motivar a la gente que tiene acceso al sistema para tomar acciones que propicien un buen estado de salud; se les ofrecen consejos para mantener la integridad física, detectar en forma oportuna el cáncer cervicouterino y el prostático, y se les recuerdan las campañas de vacunación, su calendario y su cumplimiento, entre otras acciones.

La tecnología y la deshumanización de la relación médico paciente

Discutir deshumanización de la práctica médica fue uno de los temas cardinales en el inicio del sistema. Muchos derechohabientes, e incluso médicos, opinaban que este método podría ser deshumanizante. Sin embargo, con la experiencia se ha podido comprobar que no es así; el sistema favorece a los pacientes que para recibir atención deben hacer un largo viaje, que a veces implica más de 24 horas en autobús, en el cual las condiciones no son las adecuadas para el traslado de un

enfermo con dolor lumbar, una fractura o un cáncer. Además, en lo que llega a la ciudad de México y encuentra hospedaje, ya hay un desgaste mayor. Finalmente, cuando el paciente llega con el médico que le va a dar consulta, obtiene de él 20 ó 30 minutos de atención médica, en el mejor de los casos. Con la teleconsulta estos contratiempos se evitan.

Los consultorios diseñados para teleconsulta permiten una alta confidencialidad; esto brinda, tanto al médico como al paciente, la posibilidad de expresarse acerca de su enfermedad y su entorno social y familiar. Generalmente, el médico que acude a la teleconsulta atiende al paciente durante 20 ó 30 minutos, los mismos que el enfermo recibe al venir hasta el hospital. No hay diferencia de tiempos, y es la misma cordialidad.

Muchos pacientes van al hospital sólo a una valoración sencilla, a presentar placas radiográficas o estudios de laboratorio, o a que el médico evalúe la evolución de su padecimiento; eso lleva de 10 a 15 minutos, y en estos casos no vale la pena invertir tanto tiempo en el traslado. Con la teleconsulta, que brinda todas las garantías de seguridad, la medicina, lejos de deshumanizarse, permite un mayor acercamiento entre el paciente y el médico.

Una experiencia

Hace tiempo tuvimos la siguiente experiencia: una paciente de Tuxtla Gutiérrez, de 65 años, cayó sobre una pierna. La lesión reportada no solamente era la misma fractura, sino el síndrome de aplastamiento, donde había compromiso muscular y nervioso. La paciente llegó a su clínica de asistencia de Tuxtla Gutiérrez, donde la posibilidad más concreta que podía ofrecerse a esta persona era la amputación. Sin embargo, dado que la clínica contaba con el sistema de Telesalud, se presentó el caso al Centro Médico 20 de Noviembre, donde la valoraron, en forma simultánea, el ortopedista, el cirujano vascular periférico y el geriatra, quienes decidieron que la paciente se trasladara al Distrito Federal para salvar la extremidad.

Cuando se valoró que su vida no corría peligro, trasladaron a la paciente a la ciudad de México. Para entonces, en el 20 de Noviembre ya estaban preparados el quirófano, la cama y los médicos que intervendrían en la cirugía. Finalmente se le operó y no hubo necesidad de amputar, lo cual hubiera sido un poco más difícil sin el sistema de telemedicina.

Telemedicina en los estados

Actualmente hemos aplicado dos fases de instalación del sistema de telemedicina en la República Mexicana. La primera fase comunicó a seis estados de la República con el Centro Médico 20 de Noviembre: Veracruz, Tabasco, Chiapas, Baja California Sur, Sonora y Chiapas.

Tras un análisis estadístico, económico y social de los beneficios de este programa, se observó que no sólo tenía ventajas para la comunidad, sino que desde el punto de vista económico era autofinanciable y autopagable en dos o tres años como máximo. De esta manera, con el apoyo de las autoridades en turno, se procedió a dar paso a una segunda fase, en la cual se vieron beneficiados ocho estados más, entre ellos: Guerrero, Oaxaca, Colima, Michoacán, Nuevo León, Baja California Norte y Durango.

Se proyecta una tercera fase que permita cubrir en forma regional y con mayor capacidad resolutoria a toda la República Mexicana. Los primeros beneficiados serán los estados de Quintana Roo, Yucatán, Coahuila y San Luis Potosí.

La telemedicina y las especialidades médicas

La telemedicina se ha ubicado en unidades que cuentan con los cuatro servicios básicos de la atención: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología. Cuando un paciente presenta una patología que rebasa tales especialidades, es trasladado a un centro médico que cuente con la especialidad necesaria.

Todos los médicos de nuestro nosocomio están invitados a participar en el servicio de telemedicina; sin embargo, por cuestiones de buen funcionamiento, tenemos pequeñas clínicas dentro del propio hospital. Por ejemplo, en la clínica

de ortopedia hay tres o cuatro médicos que nos apoyan. Lo mismo sucede con el servicio de cardiología, donde hay dos médicos que se ocupan de cardiología pediátrica y de cardiopatías congénitas.

Hay médicos que tienen días específicos para dar consulta. En ortopedia, por ejemplo, sabemos los días en que está el especialista de cadera, y los que asiste el especialista en prótesis de rodilla. Cuando nos solicitan interconsulta, notificamos la cita al médico especialista con 48 horas de anticipación. De esta manera, al final todos los médicos participan de acuerdo a su especialidad y a las solicitudes que llegan de los estados.

Capacitación

Uno de los problemas que al principio enfrentamos era que los médicos se negaban a integrarse al sistema de telemedicina, por temor a la tecnología del sistema. Por esta razón, se instruyó a las empresas que licitaron para que presentaran un sistema amigable, operativo y sencillo de manejar. Actualmente, quien puede encender una computadora, puede manejar el sistema de telemedicina. Es tan amigable que con un botón maestro se enciende y se apaga el equipo.

El buen funcionamiento del equipo depende de la capacidad y el entrenamiento que recibe el personal que opera las unidades. Los operadores reciben un curso de capacitación teórico y práctico. En una semana los técnicos están operando de manera precisa.

Anualmente se tiene una junta con el equipo del programa de telesalud para actualizar metas e intercambiar experiencias.

Telesalud en el mundo

México es pionero en la resolución de problemas de salud pública por medio de los sistemas de telecomunicaciones e informática. Hasta hace dos años era el único país en América Latina que contaba con este sistema. Actualmente, Costa Rica, Colombia, Chile y Argentina han iniciado un sistema similar al nuestro y, para tal efecto, nos han pedido apoyo. Así, México funge como asesor de otros países.

En París observé que el sistema de telemedicina es de uso cotidiano. No se restringe a dar atención médica; además, se utiliza para coordinar los servicios de salud y la distribución de los materiales, y para brindar asistencia médica especializada en las prisiones.

En Europa, la telemedicina coordina servicios de salud cuando, por ejemplo, ocurre un accidente. Al sitio del percance llega una ambulancia equipada para responder a las necesidades del paciente y se consigue un hospital que brinde una atención oportuna y eficaz.

De esta manera, se dirigen los recursos a los lugares necesarios y a las personas adecuadas en el justo momento, y no se desperdician recursos materiales y humanos.

El sistema de telemedicina también funciona en las prisiones: el traslado del paciente implica una ambulancia especial para un preso acompañado de una escolta. Ya en el hospital, el preso permanece escoltado, lo que genera incomodidad para los demás pacientes. Aquí, además del gasto económico, hay un gasto social importante.

Con la telemedicina se puede evitar ese proceso tan complejo. En París, las prisiones cuentan con un consultorio de telemedicina donde llevan al preso para evaluar si hay que trasladarlo. Si no es así, el caso se puede manejar a distancia.

En México ya contamos con la infraestructura para brindar esos servicios, pero aún no se utiliza. Es una de las propuestas de la Coordinación de Telemedicina del ISSSTE para que, en un futuro inmediato, el sistema funcione como coordinador de los recursos, apoye la distribución de los servicios de salud y brinde asistencia en las prisiones.

La práctica quirúrgica a distancia

Con el sistema de telemedicina, un médico, al realizar un proceso quirúrgico, puede ser asesorado a distancia por especialistas de otro estado o país que reciben el audio y el video en el momento real en que se efectúa la intervención.

Algo que observé en Francia fue la utilización de brazos robóticos que realizan el fino procedimiento de corte, extracción y cauterización de tejidos, el cual puede llevarse a cabo con el bisturí o con el rayo láser.

En la instrumentación de brazos robóticos por medio del uso de la informática médica se emplea un juego de lentes microscópicos muy bien adaptados, los cuales reducen al mínimo los márgenes de error implícitos en cualquier intervención quirúrgica.

Esto se refuerza cuando los conceptos son parte del alimento de la telemedicina, porque un grupo de expertos que no están físicamente en el quirófano participan en la intervención y observan su desarrollo.

La responsabilidad queda estrictamente en manos del cirujano

Opinan o sugieren, pero siempre la responsabilidad queda estrictamente en manos del cirujano.

Telemedicina en apoyo a otras instituciones

Hasta la fecha, ninguna otra institución de salud cuenta con esta tecnología, aunque tenemos noticias de que el Instituto Mexicano del Seguro Social pretende hacer un proyecto piloto en la Clínica 25, que es una de las de mayor volumen en la ciudad de México.

En algunos estados de la República, la telemedicina ha apoyado a otras instituciones que no forman parte del ISSSTE; en concreto, al Sector Salud y Pemex. Pero no estamos lejos de establecer convenios o programas con otras instituciones, a fin de que el número de beneficiados con una asistencia médica de alta calidad sea mayor.

A la fecha, la telemedicina ha brindado 3 mil 600 consultas en diferentes especialidades; ha ofrecido 52 cursos académicos para médicos y enfermeras, así como cursos de capacitación dirigidos al personal administrativo; realizamos

un diplomado en gerencia en servicios de salud reconocido por la Universidad Nacional Autónoma de México, la Organización Panamericana para la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Con estos cursos se han beneficiado más de 3, 500 alumnos. Hubiera sido un poco menos que imposible haber logrado que esa gente, mucha de ella de provincia, viniera a la ciudad de México.

Asimismo, por medio del sistema de telemedicina se ha apoyado a la Procuraduría General de la República, que ha impartido cursos desde nuestras instalaciones al resto de la República en programas como No a la tortura, dirigido a procuradores y agentes judiciales.

En resumen, el sistema de telemedicina es una herramienta que tiene la capacidad potencial de crecer en múltiples aplicaciones. Gracias a él nuestra institución ha logrado una cobertura aproximada del 45% de nuestros derechohabientes. Queremos seguir creciendo para cubrir, hasta donde sea posible, las necesidades de atención médica de nuestros pacientes.

El ser ante la soledad

Bernardo Tanur Tatz

La soledad —nos dice el doctor Bernardo Tanur— es el mal de nuestra era, causa y consecuencia del frágil equilibrio de la psique humana, e incide directamente en el ejercicio de una medicina honesta y profesional. Ésta es la primera de dos partes de un ensayo del doctor Tanur Tatz respecto a la soledad y a la muerte.

El doctor Bernardo Tanur Tatz es presidente del cuerpo médico del Centro Médico ABC y presidente de la Academia de Ciencias Médicas del Instituto Mexicano de Cultura.

En la vida biológica de un individuo, no sólo en un periodo de enfermedad o de agonía, y a pesar de que se ejerza una actividad profesional o se esté rodeado

de personas, siempre habrá en el interior un vacío, una sensación de soledad.

La soledad en sí es uno de los problemas de salud mental y corporal más importantes de la medicina como causa de trastornos, depresiones e inducción al suicidio.

Recuerdo a un amigo de la infancia, paciente mío, que solía presentarse en el consultorio con aparente optimismo; incluso bromeaba y me deleitaba con sus

sabrosos chistes, y aunque me hacía ver algunos de sus problemas, jamás me imaginaba la magnitud de ellos.

Hace unos meses perdió, por el cáncer, a su mejor amiga; semanas después, también le diagnosticaron a su hermano esta terrible enfermedad, sin esperanza alguna. A pesar de que tenía una sólida posición económica había perdido su fortuna y, si acaso lo anterior no fuera suficiente, era divorciado y sus hijos no le hacían el menor caso.

Hace pocos días supe que se quitó la vida. En ningún momento justificamos el suicidio; sin embargo, ¿cómo entender, cómo ayudar, cómo dirigir a un amigo o a un paciente en estas circunstancias?

En mi vida profesional he observado que ni los mejores psiquiatras pueden con este tipo de pacientes. Pero en muchas ocasiones, un buen amigo, un hijo comprensivo o