Guillermo Schor-Landman: "La telemedicina no reemplaza al médico con la computadora sino que crea un puente"

Guillermo Schor-Landman es un abogado argentino especialista en telecomunicaciones. Se desempeña como representante de empresas satelitales como Iridium e Inmarsat y es asesor de FOETRA en temas regulatorios. Preside la Fundación Iberoamericana de Telemedicina, entidad que ha desarrollado el programa Acuario Salud y por el cual se gestiona actualmente la telemedicina en la provincia de La Rioja

–¿Qué debe entenderse por telemedicina? ¿Solo consultas a distancia? ¿Historias clínicas digitalizadas? ¿Big data aplicado a la medicina?

–Sí, son consultas a distancia; son historias clínicas digitalizadas; sí es big data. Pero siempre es prevención y tratamiento de temas de salud. Si yo soy paciente diabético y necesito medirme el azúcar todos los días, a través del celular es bastante simple que esa información vaya a la historia clínica. Si se detecta que estoy fuera de parámetros, se avisa al médico y a la familia que hay un problema.

–Generar una alerta automática

–Cada día es más simple. Como como abogado de telecomunicaciones me ocupo mucho de empresas de satélites: durante años estuve con los *landing rights* del proyecto argentino de ARSAT. Hay una empresa de los Estados Unidos, ViaSat, que armó para los veteranos de guerra de ese país un gran centro en Washington con un dispositivo domiciliario que mide una serie de indicadores y que avisa inmediatamente por satélite al centro y el centro avisa al médico. Finalmente, es el médico quien llama al paciente y le dice: "hoy no coma dulces" o "no tomó su remedio". O "venga a verme".

–Ni siquiera la consulta es generada por el paciente, sino que se contacta al paciente cuando el sistema detecta algo anormal.

–Es que justamente es un proyecto de medicina preventiva personalizada y es algo que hoy la medicina nos permite hacer. En el sistema que instalamos en La Rioja, por ejemplo, están todos los diabéticos y los oncológicos bajo un sistema de prevención específico.

–Entonces, ¿cómo se puede describir el estado del arte hoy en telemedicina, particularmente en la Argentina?

–Hoy estamos viviendo en Argentina una situación maravillosa. Lo digo desde mi condición de evangelizador entusiasta de las ventajas de las tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito de la salud. Por otro lado, es muy importante la posición que ha tomado la Secretaría de Salud de la Nación, al dictar el año pasado una política nacional de salud digital. Fue establecer reglas caras con respecto al uso de las TIC. Y en segundo lugar, este último enero, se dio otro paso al crearse un Grupo Asesor de Telesalud, que funciona el ámbito de la dirección de sistemas de información de esa secretaría.

–Todo en la Secretaría de Salud. ¿Y en otras áreas de gobierno hay desarrollos?

–En la secretaría de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones hay cosas que se están haciendo en la Subsecretaría de Regulación, donde está Oscar González. Allí también el ingeniero Ricardo Pérez está trabajando en el tema, en contacto con las secretarías de Modernización y de Salud. Me enteré de que Modernización está desarrollando una plataforma de teleconsultas con el concepto de referencia y contrarreferencia, esencialmente para el contacto entre médicos. Y están haciendo algunas pruebas, creo que en las provincias de Chaco y de Misiones. En el ámbito del Grupo Asesor de la Secretaría de Salud estamos trabajando con un grupo muy heterogéneo, y muy interesante, donde está el Hospital Italiano, el Hospital Posadas y el Hospital Garrahan y, por supuesto, nuestra Fundación Iberoamericana de Telemedicina con Acuario Salud. Hay también una empresa de Mar del Plata, Médicos Online, que está proponiendo una plataforma propia de teleconsultas. En ese grupo se están debatiendo y estableciendo lo que serían la reglas para que una teleconsulta tenga un verdadero valor jurídico y probatorio.

–Esto incluiría también establecer ciertos protocolos y capacitación al personal

–Establecer protocolos, tomando como base la experiencia de Garraham que es muy rica, de muchos años y que en el último tiempo y con este gobierno ha tenido mucho más impulso todavía. Con esos protocolos han logrado bajar los traslados de los pacientes del interior a Capital en forma tremenda. Y además, se toman los antecedentes de la American Telemedicine Association, de la American Pediatrics Association, de experiencias exitosas que establecen reglas que quizás parecen muy simples pero que si uno no las considera y no las toma en cuenta empieza a notarse su importancia. Por ejemplo, que haya un ámbito adecuado: que la teleconsulta no se haga en una casa de familia, en un bar o en el auto.

"La telemedicina permite trabajar en medicina preventiva personalizada y es algo que hoy podemos hacer. En el sistema que instalamos en La Rioja, por ejemplo, están todos los diabéticos y los oncológicos bajo un sistema de prevención específico"

Que sea una consulta lo más parecida a una consulta del mundo real, pero aprovechando un medio de comunicación para alguien que no se puede trasladar hasta un consultorio. O que está en un zona remota o de difícil acceso. Debe haber un ámbito apropiado y un trato apropiado para ese paciente. El Garraham tiene un texto escrito, como un cartel, que dice que no se puede comer, no se puede fumar, no se puede atender llamadas de celular. Algo que es básico.

–Pero a veces si no se explicita, la gente no lo sabe o no se le ocurre

–Exactamente. A veces dentro de esas reglas debe haber algo fundamental: esa consulta tiene que estar acompañada de una historia clínica electrónica, de manera que el médico reciba la información de ese paciente y la tenga delante de él (y además de eso cargue la información de esa consulta) o la complete en el momento, en caso de que sea una primera consulta. Por supuesto que en ese ámbito hubo mucha discusión acerca de si la primera consulta puede ser también a distancia. Y he tomado un poco el caso de lo que ocurre con el teletrabajo: Argentina es uno de los pocos países donde está reglamentado y que inclusive está incorporado en los convenios colectivo de trabajo y que el planteo es: el teletrabajo puede ser no menos de dos días, no más de tres días por semana pero un par de días tiene que ir a su lugar de trabajo. Con esto mi posición es la misma. Lo ideal es que el paciente tenga un contacto presencial con el medico en algún momento que puede ser la primera o la segunda vez en algún momento.

–Cuando la historia clínica está dispersa en papeles e instituciones de distintos orígenes, ¿qué debe hacerse?

–La historia clínica sabemos que hoy está fracturada, como está fracturado el sistema de salud en distintos lugares. En ese caso hay que abrir una nueva historia clínica y hay que co-

menzar de cero. Quizás no es el médico sino que es la enfermera quien deba cargar la información.

–¿Pero qué pasa con alguien que ha trabajado en distintos regímenes y lugares distintos?

–Definitivamente, se va a digitalizar. Nosotros con nuestra fundación estamos trabajando mucho en esta implementación de historia clínica electrónica en la salud pública. Nuestra recomendación es digitalizar desde el momento en que comienza hacia adelante. Y en algún momento, a medida que va a apareciendo, tratar de digitalizar también la información anterior.

–Si hasta ahora no digitalizaron todas las ediciones de los diarios, por ejemplo, ¡lo que llevará digitalizar todas las historias clínicas!

–Vamos a hablar de historia clínica. Yo no creo que sea tan complicado. Hay un tema que la mayoría de las instituciones médicas y los médicos en particular no han considerado: la Ley 26.529, la ley de derechos del paciente. Esa ley establece –a mi entender de manera equivocada, pero es una teoría muy mía que se puede discutir –que la historia clínica es del paciente. La institución de salud o el médico es un simple depositario. Por esa razón, la falta de entrega de la historia clínica se trasforma en un delito.

–Ahora, sabiendo cómo son las cosas en la Argentina, se podría argumentar que ese tipo de figuras legales nunca se aplican

–Es que en algún momento mis colegas abogados lo van a tomar como caballito de batalla y van a iniciar demandas. La reglamentación de la Ley 26.529, por ejemplo, establece que si una institución médica quiebra el directorio es solidariamente responsable por la no entrega de la historia clínica de los pacientes. Y si es un médico particular en un consultorio y se muere, los herederos son responsables. Esto no es una construcción ni una interpretación. Es el decreto reglamentario de la ley. A partir de ahí, la responsabilidad de la guarda y el acceso a las historias cínicas es una responsabilidad penal y una responsabilidad civil solidaria que alcanza a muchos lugares. En algún momento los médicos e instituciones de salud van a tener que modificar la manera en que guardan la información.

"En el ámbito del Grupo Asesor de la Secretaría de Salud estamos trabajando con un grupo muy heterogéneo, y muy interesante, donde está el Hospital Italiano, el Hospital Posadas y el Hospital Garrahan y, por supuesto, nuestra Fundación Iberoamericana de Telemedicina con Acuario Salud"

–Quiere decir que si un paciente va a un centro de salud donde se atendió y pide la historia clínica se la tienen que dar

–En 48 horas. La ley establece un plazo de guarda de 10 años a partir de la última consulta. Es también un error porque el nuevo código Civil y Comercial establece una prescripción de 5 años. Pero la ley de derechos del paciente determina 10 años.

–¿Y esa historia clínica son papeles sueltos o un documento digital?

–Si ya fueron digitalizados, podría ser un archivo digital. No nos olvidemos que por la ley de firma digital el documento digital tiene el mismo valor que un documento de papel. Y tienen el carácter de original y no de una copia. Yo creo que el proceso de digitalización de la salud tiene muchos aspectos. Uno, quizás sensible, es éste.

–¿Cuál es el trabajo de la Fundación Iberoamericana de Tecnología y la plataforma Acuario Salud?

–Desarrollamos una plataforma para posibilitar la telemedicina y la interconexión de centros y profesionales. En 2009 comenzamos con la plataforma *Acuario* en la provincia de Salta: en los tramos iniciales fue responsabilidad nuestra, sobre todo en lo que es mejora continua, capacitación e implementación. Después Telecom Argentina compró la plataforma para la provincia. Nosotros ya dejamos de atenderlos y siguen ellos. Hay alrededor de 900.000 pacientes de salud pública y 70 centros de salud interconectados.

En La Matanza a partir de un programa de financiamiento del Banco Mundial, el programa Sumar, se armó una prueba piloto en cinco grandes centros que hoy tienen 350.000 pacientes. Allí decidieron hacer un desarrollo propio que está en vías de implementación y en realidad está conviviendo con distintos sistemas.

El desarrollo más importante de nuestra plataforma de telemedicina es en La Rioja. Ahí tenemos una red en la que cualquier incidente va a cualquier centro de salud y, al mismo tiempo, la historia clínica está plenamente disponible.

–¿Abarca también centros de salud privados?

–Sólo estatales. Estamos hablando de salud pública. Pero así como el paciente se iba antes al hospital pensando que lo iban a atender mejor y que tenía todo, resulta que ahora va al centro de salud más cercano y allí se le resuelve todo, incluso la farmacia está digitalizada. Y el stock de farmacia es de conocimiento del médico que está recetando. El vencimiento de los lotes también está digitalizado y es accesible para ese médico.

En caso de que necesite dos pastillas y en el stock de una farmacia hay una sola, el paciente puede retirar esa de esa farmacia e ir a cualquier otra. En el sistema queda que se le está adeudando una pastilla. Uno de los problemas de salud pública (desde la leche maternizada hasta la medicación para diabéticos es que a veces por miedo a que después no haya pierden dos, tres o cinco dosis más de lo que necesitan).

–¿Desde cuándo existe esta red en La Rioja?

–Esto existe en La Rioja desde 2016. En ese año se registraron 5000 consultas. En junio de 2019 ya había cerca de 56.000. Esta es información oficial de estadísticas de la provincia. No es que hubo más consultas sino que quedaron registradas. Es decir, ahora hay información. Se puede hacer el seguimiento de pacientes crónicos. No nos olvidemos que cambió el paradigma de la salud en el mundo: en el siglo pasado la gente se moría por infecciones y hoy el gran problema son las enfermedades crónicas, o sea que se tiende a la prevención. Un sistema de este tipo, que permite tener información de los pacientes, es lo que permite prevenir. Hay un número que no sé si tiene fundamentos y que se maneja en los Estados Unidos, que dice que por cada dólar que se invierte en prevención, se ahorran seis dólares que se gastarían en caso de enfermedad.

Gracias a Dios, todos estamos viviendo mucho más de lo que los actuarios calcularon. Y hay mucho más consumo de prácticas, medicamentos y de servicios médicos. El cálculo que se hizo en una época de gasto en salud, hoy, mal administrado, no alcanza No estoy hablando de fraude. Hablo de que uno va al médico en este sistema fragmentado y le preguntan: "¿Cuándo se sacó la última placa? Hace una semana. ¿La tiene acá? No. Bueno, ya que estarnos hagamos una. ¿Se hizo el examen clínico? Hace un mes. ¿Y lo trajo? No. Entonces hágase otro…". Así se duplican las cosas…

"En la Fundación Iberoamericana de Tecnología desarrollamos la plataforma Acuario Salud que permite la telemedicina y la interconexión de centros y profesionales. Empezamos en 2009 en la provincia de Salta, seguimos en La Matanza y tuvimos un gran despliegue en La Rioja"

Ineficiencia por la fragmentación que tiene el sistema de salud. No hablo de una historia clínica, única, nacional. Eso sería un deseo, pero también es una utopía. Pero poder tener un intercambio de información. Es lo que hace ahora la Secretaría de Salud que está trabajando en el llamado Bus de Interoperabilidad para que los sistemas provinciales puedan ajustar y se pueda comparar

–¿La Rioja es la provincia donde está más desarrollado esto?

–Yo entiendo que es La Rioja, lo digo con orgullo. Para la Ciudad de Buenos Aires y en el Gran Buenos Aires se ha dictado un decreto de la red de salud AMBA, liderada por el Hospital Italiano. Todavía no lo vi funcionando como sistema integral de salud pública, aunque estamos hablando de una de las instituciones.

–En suma, ¿cuántas personas se benefician de esto en La Rioja ?

–En La Rioja son 380.000 habitantes y a julio de 2019 hay 167.504 pacientes. Hay 2746 usuarios: médicos, enfermeras y administrativos utlizando el sistema. Esto es básicamente en la ciudad de La Rioja y hay algunos hospitales que se han sumado en el interior, en Los Sauces, Chilecito y Chepes. Como siempre hay una cuestión de conectividad y disponibilidad de equipos. Sabemos que en el interior siempre es más difícil.

–¿Se puede decir que la telemedicina lleva a una reducción de costos que beneficia y no perjudica al paciente?

–Se está dando un acceso más equitativo, lo que quiere hacer el CUS. Sabiendo que vos podés acceder desde un teléfono, desde una computadora, de manera muy simple. Como herramienta para mejor administración y de más amplio acceso es muy importante.

En 1998, con un grupo de amigos del sector de telecomunicaciones y que estábamos convenidos de las ventajas de la tecnología en el ámbito de salud impulsamos la creación de un grupo de Estudios de *eHealth* en la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT). Cuando se realiza el Congreso Mundial de Telecomunicaciones, evento que se hace cada cuatro años, que tuvo lugar en ese momento en la isla de Malta. Fue con Alberto Eurnekian –que entonces era director del Hospital Santojanni de Buenos Aires– que realizamos una consulta con un paciente salteño,

con médicos salteños, pasando por el Santojanni y que terminaba en el doctor Eurnekian en el congreso de Telecomunicaciones, en Malta.

Tengo la impresión que fue la primera teleconsulta moderna que tuvimos. Nos interesa acreditar que no había necesidad de trasladar a un paciente para todas las consultas. Obviamente, así como el teletrabajo no es aplicable a un obrero de la construcción que tiene que poner un ladrillo. Pero sí es aplicable be a muchas otras áreas de esa empresa constructora: legales, administración, diseño…

–¿Cómo sería ese mundo donde la telemedicina estaría bien implantada, qué podemos esperar?

–Creo que va a haber mucho más apoyo a la decisión médica atravesada por sistemas de información. Hace poco hablaba con una empresa española que se ocupa de diagnósticos por imágenes, con unos 150 médicos trabajando, pero a la vez con una tremenda base *big data*. Cada decisión se va cargando en un sistema que va creciendo. Esto logró que bajen mucho los precios: un ecógrafo pasó de 50.000 dólares a 2000 dólares. Todo el tiempo se están haciendo ecocardiografías u otros exámenes que pasan por esta empresa de diagnóstico por imágenes.

Con la inteligencia artificial, el grado de precisión para el diagnóstico tiene más profundidad que el de una primera revisión de un médico. Pero no reemplaza al médico sino que le da al médico una opinión para que el médico ratifique o rectifique. Vamos a un sistema de salud con una gran injerencia de la inteligencia artificial. El desafío –y va a ser también mi desafío para este año– será trabajar en los aspectos éticos de la inteligencia artificial. Para que se use de una manera correcta.

Emiliano López: "Hay que incorporar las TIC para fortalecer la cobertura universal de salud"

Emiliano López es médico clínico y es el coordinador responsable de implementar el Plan Nacional de Telesalud bajo la órbita de la Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud (DNSIS), dependiente de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación

–¿Cuáles son las responsabilidades concretas de su cargo?

–Entre las responsabilidades del cargo está el diseño, junto a las diferentes jurisdicciones –los ministerios de las provincias– del proceso de implementación del plan. Entre otras acciones acompañamos a las provincias en contar con referentes de telesalud, así como realizar un diagnóstico de necesidad de la provincia para la utilización de estas herramientas. Esto significa definir qué establecimientos de salud cuentan con las condiciones para ser parte de la red de telesalud y así participar de programas de telemedicina y de teleducación.

–¿Hay una definición de telemedicina/telesalud desde el punto de vista del gobierno?

–Desde la Dirección Nacional de Sistemas (DNSIS) de la Secretaría de Gobierno de Salud pensamos a la telesalud como los servicios y recursos sanitarios facilitados por la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), de manera segura, bajo estándares y centradas en el ciudadano, sobre todo como una