

Sergio Eduardo Posada-Arévalo,
médico cirujano especialista en cirugía general,
maestro en Ciencias en Salud Poblacional,
Villahermosa, Tabasco, México,
s_e_posada_a@hotmail.com

Marco Antonio Zavala-González,
médico cirujano, maestro en docencia,
H. Cárdenas, Tabasco, México

José Luis Varela-Robledo,
médico cirujano especialista en medicina familiar,
Ciudad Lerdo, Durango, México

Comentarios sobre “Experiencia en el programa Telederma...”

Estimados investigadores Cynthia Guadalupe González Villalobos y Luis Alejandro Santana Chávez, en relación con su artículo “Experiencia en el programa Telederma de una unidad de medicina familiar”, publicado en *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, año 2011, número 4, páginas 407-411, queremos hacer algunos comentarios con fines positivos.

Reconocemos el esfuerzo que, como otros tantos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se hace por brindar al paciente el servicio de calidad al que tienen derecho, salvando de diferentes formas los frecuentes obstáculos que se presentan para lograrlo. Nosotros, en nuestros ámbitos de trabajo también implementamos estrategias para mejorar la atención. Reconocemos también el valor y honestidad requeridos para exponerse a la crítica.

Hemos leído el reporte en cuestión y surgen muchas dudas sobre la justificación de Telederma y sus reales logros. Si bien se hace una breve explicación del concepto de Telemedicina, nos parece que a final de cuentas se trata de un servicio muy lento de mensajería electrónica en el que un estudiante de medicina solicita la opinión de un médico especialista y posteriormente le informa al médico familiar.

Al inicio del reporte se señala que “la identificación de pacientes que requieren ser enviados a segundo nivel de atención es una de las funciones de las unidades de medicina familiar”. Esto es un error, al menos de apreciación. El médico familiar tiene un papel central en la prestación de servicios de atención médica en el IMSS y no es su función ser simplemente un filtro y proveedor de referencias al segundo nivel. Esta práctica inadecuada se hace evidente cuando observamos la lista de diagnósticos de los casos atendidos con su programa. Salvo la psoriasis, neurodermatitis y vitíligo, los demás diagnósticos deberían ser del manejo del médico familiar o, al menos, no requerir la opinión de un dermatólogo. Nos parece muy criticable que se deba recurrir a un especialista para identificar dermatitis, nevos, tiña y verrugas. ¿Son tan pobres los conocimientos de los médicos familiares sobre dermatología? No lo creemos.

Refieren que “...en sus orígenes Telederma se creó como un auxiliar educativo”, pero en todo el texto se deja muy claro que se creó para abatir el diferimiento en las referencias al segundo nivel. He aquí uno de los puntos medulares de la presente crítica: ¿era la telemedicina la opción más lógica en un entorno urbano?

La telemedicina se ha creado para regiones aisladas y alejadas de los grandes centros urbanos. Hablar de telemedicina en México nos lleva a pensar en las unidades médicas de las islas mexicanas o de las zonas desérticas o montañosas. En ese sentido no vemos que la telemedicina sea la mejor opción en una ciudad como Guadalajara. Y bajo este punto de vista, el diferimiento informado de siete días es injustificadamente prolongado. No conocemos las unidades médicas involucradas pero sí Guadalajara, y nos parece que las autoridades delegacionales tendrían mejores opciones que la telemedicina para abatir ese diferimiento. Con todo respeto, nos parece que la publicación de esta “estrategia” deja mucho que decir del personal médico tanto operativo como de confianza.

El médico familiar preocupado por la salud de sus pacientes no debería estar conforme con una opinión obtenida mediante imágenes tomadas y transmitidas por un médico no titulado y sin interacción médico-paciente con el dermatólogo. Los dermatólogos no deberían aceptar la responsabilidad de dar un diagnóstico y proponer un tratamiento sin ver, oír y tocar al paciente. El coordinador de medicina familiar debería pugnar por la revisión del proceso de referencia y contrarreferencia, así como por la capacitación de los médicos familiares y de la más oportuna oferta de espacios por el hospital regional para sus referencias. El director de la unidad debería trabajar bajo el mismo tenor y gestionar lo necesario para que se cumplan oportunamente las interconsultas a especialidad. Hay muchas opciones que han tomado otras delegaciones. Consideramos que los directivos médicos delegacionales no intervinieron en la búsqueda de soluciones a su problema de diferimiento prolongado en las referencias a dermatología de la Unidad de Medicina Familiar 34 o no están enterados.

Como ustedes hacen notar, el reporte muestra evidencia de que Telederma no sirvió para educar a los médicos familiares, pues cada día envían más pacientes y creemos que en realidad no se abate el diferimiento ya que no se muestra evidencia de que el diagnóstico emitido haya sido correcto, ni de la evolución de los pacientes. Quizá, de cualquier forma, los pacientes tengan que esperar seis meses para que los atienda el dermatólogo.

Observamos la falta de involucramiento del personal médico directivo al “autorizar” este programa o al menos no supervisarlos. No es correcto usar a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud para prestar servicio de mensajería electrónica. No es correcto que el paciente pase de ser atendido por su médico familiar a ser fotografiado, interrogado y explorado por un médico pasante. Al respecto surgen otras dudas en cuanto a aspectos metodológicos de la operación del programa: aun siendo aceptable la intervención del pasante, ¿quién capacita a los médicos pasantes?, ¿en qué consiste la capacitación?, ¿cómo se aseguran de que el médico pasante esté capacitado para la correcta operación del programa?, ¿cómo se tiene la certeza de que el cambio de médico pasante cada mes no afecta la calidad de los diagnósticos en función de una técnica diferente de fotografía? El manual de operación mencionado no creemos que cubra estas dudas.

Surge además otra inquietud: ¿en qué papel quedó el médico familiar? Es casi como pedir a los pacientes mediante carteles que los que tengan problemas de la piel acudan a la Coordinación de Educación e Investigación en Salud para fotografiarlos y esperar una semana para la opinión de un médico que jamás los atendió, convirtiendo así a esta Coordinación en un consultorio más.

Hay vacíos en su reporte en relación con aspectos administrativos que no dejan de ser vitales para la operación de la unidad. No se menciona cómo se hace el registro de los diagnósticos en los sistemas de información¹ del IMSS: ¿se registran en la Unidad de Medicina Familiar 34, en el Hospital General Regional 46, o no se registran? No se menciona cómo se registran estas atenciones en el documento médico-legal central de la atención médica, que es el expediente clínico² ni quién es el médico responsable de la atención.³ ¿Cómo se responderá a las quejas y demandas de los usuarios cuando la autoridad solicite el expediente clínico? No se menciona cómo se surten las recetas recomendadas por el dermatólogo que son de segundo nivel,⁴ ni se menciona quién será legalmente responsable de las reacciones adversas a los medicamentos prescritos. No hay opción para saber cuántos pacientes “atendidos” en Telederma tuvieron que acudir a otro servicio médico al darse cuenta que no fueron atendidos por un dermatólogo.

No se muestra algún método usado para evaluar la precisión de los diagnósticos teleemitidos en relación con el diagnóstico real. Se dan por ciertos los diagnósticos aportados por Telederma, con base en estadísticas publicadas en otras regiones. En su reporte señalan como antecedente que la concordancia entre un diagnóstico presencial y uno a distancia en la modalidad em-

pleada va de 54 a 80 %, ¿qué lleva a los autores a pensar que la precisión diagnóstica en Telederma es la más elevada, cuando es sabido desde hace décadas que la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de una prueba diagnóstica se ve afectada por la variabilidad interobservador^{5,6}? En este sentido, tal vez la precisión diagnóstica de Telederma sea adecuada pero se debieron hacer mediciones sobre su utilidad en su contexto de forma previa a su implementación a gran escala, donde la imprecisión afecta en términos absolutos a un mayor número de pacientes.

Les pedimos que tomen nuestras observaciones con la mejor objetividad posible y sin apasionamientos. El entusiasmo puede opacar y desaparecer los problemas subyacentes de Telederma.

En el IMSS, el médico familiar es el responsable de que el paciente reciba los servicios que requiere, es el coordinador de todas las acciones que se lleven a cabo en beneficio del derechohabiente. Esta labor requiere un alto grado de compromiso con uno mismo, con la institución y con la sociedad.

Como médicos que hemos estudiado y laborado dentro del IMSS, queremos lo mejor para la institución y en consecuencia para los usuarios. Sabemos que el IMSS tiene los recursos necesarios para proporcionar servicios médicos de calidad. Estamos plenamente convencidos de que nada sustituye al contacto médico-paciente en la prestación de los servicios y, además, es una obligación legal. La piel es uno de los órganos de choque más frecuentes de múltiples problemas orgánicos y psicológicos,⁷ por lo que el diagnóstico no puede sustentarse en imágenes a distancia y con datos obtenidos por un médico no titulado. Les sugerimos que revisen las leyes y normas relativas a la atención médica y se den cuenta de que se violan varias.¹⁻³ Nos atrevemos a decir que la autoridad delegacional debería revisar el proceso de referencia y contrarreferencia en su área. Es seguro que el mismo problema de diferimiento en la referencia de los pacientes con enfermedades de la piel se esté presentando en otras especialidades.

No quisiéramos ver posteriores publicaciones de los servicios de “Telemedicina interna”, “Telepediatría”, “Telepsiquiatría” o “Telecolposcopia”.

No aceptamos la precisión de los diagnósticos con este método pues no lo demuestran, pero en todo caso, dándolos por ciertos, ¿no les parece terrible la espera de siete días para algo transmitido por vía electrónica? Quizá tardaría menos si el paciente lleva caminando sus fotografías al Hospital General Regional 46.

Cuando nuestros familiares nos envían una foto al teléfono celular pidiendo diagnóstico y tratamiento les contestamos que no es posible así, que debemos atenderlos en persona, ¿o no?

Y recordamos aquí la anécdota muchas veces platicada por nuestro gran maestro Amado Saúl que cuando en fiestas o reuniones una persona conocedora de su fama como dermatólogo le pedía opinión sobre alguna lesión de la piel visible, él les contestaba “muy bien, desvístete, platicamos y te digo qué hay que hacer”.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud. México: Diario Oficial de la Federación; 2005.
2. Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. México: Diario Oficial de la Federación; 1999.
3. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Última reforma. México: Diario Oficial de la Federación del 16 de noviembre de 2011.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuadro básico de medicamentos 2010. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.
5. Hernández I, Porta M, Miralles M, García F, Bolúmar F. La cuantificación de la variabilidad en las observaciones clínicas. *Med Clin* 1990;95:424-429.
6. Cerda J, Villaroel L. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica: coeficiente de Kappa. *Rev Chil Pediatr* 2008;79(1):54-58.
7. Amado S. Lecciones de dermatología. Décima cuarta edición. México: Méndez Editores; 2001.