



Metges de  
Catalunya

---

Posicionament de Metges de Catalunya  
respecte la telemedicina i les visites  
no presencials

desembre 2013

---

# Índex

Introducció .....	3
Telemedicina i visites no presencials. Definició i conceptes .....	8
Estat actual de la implantació de les visites no presencials als centres de primària ICS i als serveis d'anestèsia dels hospitals de l'ICS. Enquesta de Metges de Catalunya sobre la implantació de l'e-CAP .....	11
Prevenició de riscos laborals dels metges amb la implantació d'una nova forma de visites: PVD i càrrega mental .....	18
Estudi jurídic de les visites no presencials. Lex artis, protecció de dades i responsabilitat civil .....	24
Propostes de Metges de Catalunya .....	29
Documents annexes .....	31
Bibliografia .....	77

# Introducció

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) -Ginebra, 1997-, defineix la **telemedicina** com “el subministrament de serveis d'atenció sanitària en què la distància constitueix un factor crític, per professionals que apel·len a les tecnologies de la informació i de la comunicació, amb la finalitat de intercanviar dades per fer diagnòstics, proposar tractaments i prevenir malalties, així com la formació permanent dels professionals”.

No hi ha dubte que les noves tecnologies poden proporcionar eines molt útils per millorar el procés diagnòstic d'un pacient o el seu seguiment. Alguns exemples podrien ser des d'un programa incorporat al mòbil que permeti al pacient registrar el seu electrocardiograma en el moment de dolor toràcic i que el metge ho pugui rebre a l'acte per poder-li recomanar l'acció a seguir, fins a la possibilitat de consultar per ordinador o, fins i tot, mitjançant una webcam\*, qualsevol patologia que el pacient presenti.

En aquests casos, la tecnologia aconsegueix traspasar les barreres del distanciament físic entre el professional i el pacient, evitant desplaçaments innecessaris o possibilitant actuacions més ràpides.

Actualment, els **àmbits que preveuen una major implantació de la telemedicina** són l'atenció mèdica a **poblacions cròniques** dels països avançats i **com a ajuda als sistemes de salut dels països pobres**.

Les consultes entre professionals també es poden beneficiar de les noves tecnologies i ja fa temps que, per exemple, les videoconferències han obert la possibilitat de formació de professionals que estan situats en llocs molt allunyats entre si o la possibilitat de comentar un cas concret entre diferents professionals ubicats en centres allunyats.

Es poden diferenciar diverses formes de telemedicina:

- **Teleassistència:** és la interacció entre un metge i un pacient que es troben aïllats geogràficament i en situació d'urgència mèdica.
- **Televigilància:** és el seguiment de malalts crònics.
- **Teleconsulta entre metges (interconsulta):** és la interacció entre metges que cooperen en línia.
- **Teleconsulta entre metge i pacient (telefònica o via web):** el pacient busca directament l'opinió d'un metge amb qui no ha tingut una relació prèvia i que no li ha realitzat un examen clínic.
- **Telecirurgia:** es fa ús de la telerobòtica, la visió artificial i la realitat virtual.
- **Telediagnòstic:** procés per establir un diagnòstic mitjançant la transmissió de dades entre diferents institucions mèdiques.

D'altra banda, les **visites no presencials** són tota aquella activitat que el metge desenvolupa en relació amb un pacient concret que no està present a la consulta. Les visites no presencials poden ser activitats de telemedicina o activitats mèdiques que formin part del procés diagnòstic, de tractament o d'activitats preventives.

Des de fa aproximadament dos anys, i sota l'empara de l'autonomia de gestió als centres d'atenció primària, s'ha anat introduint a les agendes dels metges de primària de l'ICS un nou model de visita anomenada "**visita no presencial**", que té continguts i característiques diferents en funció de les àrees geogràfiques i dels centres, i amb una manca de directrius clares i explícites per part del centre corporatiu.

A cada centre, i segons el criteri del director d'equip, hem vist aparèixer visites 9T, virtuals i burocràtiques, entre d'altres, sense fer una valoració prèvia d'aquest nou paradigma de treball, ni des de el punt de vista legal ni del deontològic, i ni tan sols per conèixer experiències prèvies que valorin l'eficàcia del model. A més, aquesta implantació no ha anat acompanyada de la formació adient dels professionals que han d'estar implicats en el seu desenvolupament.

Simultàniament, les diverses modificacions de l'e-CAP han complicat extraordinàriament la pantalla de treball afegint feina diagnòstica, de tractament i de seguiment de pacients sense contemplar el disseny de les agendes, de forma que asseguressin el temps necessari per poder realitzar amb correcció i garanties la bona praxis mèdica.

És en aquest context que des de Metges de Catalunya volem analitzar la situació actual i implicar els òrgans col·legials, que s'haurien de pronunciar des del punt de vista deontològic, clínic i jurídic sobre la telemedicina i les visites no presencials, així com demanar a l'ICS que la implantació d'aquest nou model d'acte mèdic tingui la cobertura legal adequada i no que perjudiqui la necessària relació metge-pacient, que és la base de l'acte mèdic.

Per últim, és absolutament necessària la garantia de les condicions de treball del metge, preservant la càrrega mental i evitant situacions d'estrès que podrien conduir a greus errors mèdics.

El requisit previ per analitzar aquestes visites seria la consideració de si es tracten d'actes mèdics o d'activitats burocràtiques.

El Dr. Juan Antonio Sánchez Losada, de la Facultat de Medicina de la Universitat Complutense de Madrid, en la seva tesi doctoral "*Aspectos éticos y médico-legales en la Telemedicina: la consulta médica telefónica*" defineix **l'acte mèdic** com una **activitat diagnòstica, pronòstica o de prescripció de mesures terapèutiques relatives a la salut de les persones o grups, exercida per un metge amb llibertat de decisió i amb el consentiment del pacient o de la comunitat**. També constitueixen actes mèdics **els exàmens de perícia legal**, així com **els actes de certificació de l'estat de salut o de defunció de la persona**.

Segons aquesta definició, la valoració d'una analítica o una prova d'imatge, la modificació d'un tractament crònic o la renovació d'una baixa laboral són actes mèdics.

I qualsevol acte mèdic, per garantir la qualitat, necessita **temps**. Des de les empreses sanitàries es pot intentar utilitzar la telemedicina i les visites no presencials com a

mesures d'estalvi, incrementant la feina dels metges d'una forma encoberta, tot argumentant els beneficis que les noves tecnologies poden suposar en el si de la medicina. Però no hem d'oblidar que ja sigui de forma presencial o virtual, el professional que ha d'elaborar un diagnòstic i un tractament està realitzant un acte mèdic.

Per molt que vulguem estalviar recursos, l'acte mèdic continua necessitant temps d'anamnesi, exploració, reflexió i comunicació. Per tant, la virtualitat no pot ser una eina que serveixi de coartada a un sistema que rentabilitzi erròniament la jornada laboral dels metges. No serveix de res argumentar que les visites virtuals redueixen un 18 per cent les visites als centres si, amb això, diagnostiquem pitjor o ens equivoquem més. Els temes de salut no poden tenir un abordatge exclusivament mercantil. Hem de tenir present que les visites es realitzen igualment encara que el malalt no estigui davant nostre i argumentar que es produeix una reducció de la presència dels pacients als centres no equival a dir que es redueix la feina dels metges, ja que aquests han de complementar la visita presencial amb les telemàtiques.

Des de la perspectiva del pacients de l'àmbit de l'atenció primària i en un moment històric en què els ciutadans estan desencantats amb la visió exclusivament científista de la salut, es demana, més que mai, un abordatge integral de l'individu i l'aplicació cega de la visita virtual.

Entesa com la manera principal de resoldre els problemes de salut, pot anar en contra de la relació metge-pacient, que tanta informació i benefici ens proporciona tant als terapeutes com als malalts. Creiem fermament que abans d'implantar qualsevol programa d'atenció mèdica virtual cal analitzar i avaluar si la qualitat de l'atenció mèdica queda conservada, si el pacient està satisfet amb que se li substitueixi una visita presencial per una de virtual i si el professional domina el procediment d'aquest tipus de visites.

En un estudi publicat a la revista *JAMA Internal Medicine*, la diferència principal entre les consultes electròniques i les visites al consultori mèdic va ser que als pacients que van rebre atenció a través de la xarxa se'ls van prescriure més antibiòtics. Aquest estudi ens hauria de fer reflexionar sobre la repercussió que l'aplicació poc meditada de programes

no validats o sense els recursos humans i tecnològics adequats, poden acabar tenint sobre la salut.

Segons l'Associació Mèdica Mundial<sup>1</sup>, seria convenient que el pacient no accedís directament a una consulta de telemedicina, excepte si es donen les condicions següents:

- Que el metge i el pacient tinguin elements d'identificació fiables.
- Que el metge tingui un coneixement suficient del problema en qüestió, que li permeti exercir un judici clínic adequat.
- Que existeixi una relació professional prèvia entre metge i pacient.

En aquesta línia el comitè permanent també considera que “és preferible que tots els pacients consultin el metge cara a cara i que la telemedicina es limiti a les situacions en què el metge no hi pugui estar present físicament en un termini de temps raonable”.

Creiem que és imprescindible que els gestors sanitaris escoltin els professionals implicats en la seva aplicació, així com els pacients que han de ser tractats. Abans de qualsevol novetat, prudència i ciència.

---

<sup>1</sup> *Associació Mèdica Mundial (The World Medical Association), Principis Ètics de la Telemedicina. Comitè Permanent de Metges Europeus. Markku Aarimaa, 28 de novembre de 1996. Punt 8 del document de l'AMM.*

# Telemedicina i visites no presencials.

## Definició i conceptes

Definim la **telemedicina** com la prestació de serveis mèdics a distància mitjançant l'ús de les noves tecnologies de la informació.

Anomenem **visita no presencial** a tota aquella activitat que el metge desenvolupa en relació amb un pacient concret que no està present a la consulta. Les visites no presencials poden ser activitats de telemedicina o activitats mèdiques part del procés diagnòstic, de tractament o d'activitats preventives.

### Tipus de telemedicina

#### **Teleassistència**

És la interacció entre un metge i un pacient que es troben aïllats geogràficament i en situació d'urgència mèdica.

#### **Televigilància**

És el seguiment de malalts crònics.

#### **Teleconsulta entre metges (interconsulta)**

És la interacció entre metges que cooperen en línia.

#### **Teleconsulta entre metge i pacient (telefònica o via web)**

El pacient busca directament l'opinió d'un metge amb qui no ha tingut una relació prèvia i que no li ha realitzat un examen clínic.

#### **Telecirurgia**

Es fa ús de la telerobòtica, la visió artificial i la realitat virtual.

#### **Telediagnòstic**

Procés per establir un diagnòstic mitjançant la transmissió de dades entre diferents institucions mèdiques.



## Tipus de visites no presencials a l'atenció primària

### Visites burocràtiques

El facultatiu realitza alguna intervenció que no té a veure de forma directa amb l'estat de salut del malalt, però sí amb la gestió del recurs: autorització del transport sanitari o informes de la Llei dependència, entre d'altres.

### Visites telefòniques

El facultatiu respon a les demandes telefòniques dels pacients que sol·liciten consultar amb el seu metge algun dubte concret, o bé el propi professional contacta telefònicament amb un pacient per comprovar la seva evolució.

### Visites de valoració de proves complementàries

En aquest cas, el metge valora analítiques, proves d'imatge, fons d'ull o informes d'urgències, per continuar el procés diagnòstic o el tractament d'un pacient concret, que ja ha estat prèviament a la consulta o que està introduït en algun programa de control de crònics.

### Visites interconsulta

La forma més estesa és, a dia d'avui, aquella en què el metge de família comenta amb l'especialista un cas concret per unificar diagnòstics i/o estratègies terapèutiques.

### Visites online. Teleconsulta

El metge respon a les consultes que li puguin fer els pacients que tenen accés telemàtic.

### Resolució d'alertes de l'e-CAP

Denominem alertes a tota aquella informació que fa referència als pacients assignats a un metge, que s'ha de revisar i de la qual es derivarà una presa de decisió clínica (analítiques, radiografies, electrocardiogrames, informes hospitalaris, defuncions, etc.) tant d'exploracions demanades pel propi metge de capçalera com per altres especialistes que hagin atès el pacient.

## Tasques pendents

Alertes equivalents als programes preventius.

## Estat actual de la implantació de les visites no presencials als centres de primària ICS i als serveis d'anestèsia dels hospitals de l'ICS.

### Enquesta de Metges de Catalunya sobre la implantació de l'E-CAP

Per valorar l'estat d'implantació de les visites no presencials a l'ICS hem desenvolupat dos mètodes: el primer, un treball de camp preguntant als metges dels centres d'atenció primària, al personal de la Unitat Atenció al Usuari (UAU), i als infermers, entre d'altres, sobre els tipus de visites no presencials que es programen i la manera de fer-ho; la segona, mitjançant una enquesta virtual enviada als afiliats de primària de Metges de Catalunya el juliol de 2013.

#### Sondeig als centres d'atenció primària de l'ICS

Des de fa dos anys, s'està realitzant la programació de visites no presencials i només darrerament algun centre ha començat a elaborar un **protocol de circuits**:

- Cada equip i cada professional els fan servir de manera diferent. No hi ha un criteri unificat, ni de continguts ni de circuit.
- Una cosa és comuna a tots els equips: els professionals de l'equip poden apuntar aquestes visites als metges (personal GIS, d'infermeria i altres metges).

- El número de visites no té un sostre i segons l'equip varia el temps en el qual la visita ha d'estar resolta, i que va des de les 48 hores fins als 30 dies.
- La manera de resoldre-les si no hi és el metge titular no està ben definida: hi ha casos en que se n'ocupa la direcció i d'altres que esperen a ser resoltes.
- No hi ha un temps assignat a cada visita no presencial i es consideren "feines pendents".
- El metge assumeix activitats de programació i de localització del pacient, que li suposen el malbaratament d'un temps que hauria de dedicar a feines clíniques.
- Malgrat no tenir el consentiment informat del pacient per rebre informació virtual, si el resultat de les proves és normal s'insta el metge a donar la informació via telefònica i a deixar la documentació al taulell. El mateix es fa amb els informes mèdics o amb els plans de medicació.
- Les visites denominades telefòniques poden ser programades per qualsevol membre de l'equip i en molts centres tenen un temps assignat d'1 minut, a totes llums insuficient per poder contactar. No hi ha hagut una unificació de criteris a l'hora de definir què és i què no és visita telefònica, de tal forma que en el moment actual es programen com a telefòniques aquelles visites que:
  - Demana el pacient, el que ha donat lloc en alguns casos a un nou tipus de "hiperfreqüentació no presencial".
  - Demana un altre professional: infermeria (ECG realitzades, TAO, etc.), GIS (caducitat d'IT, altes, sol·licitud d'informes varis, etc.), TS (informes de dependència, informes per sol·licitud de farmàcia gratuïta, etc.), és a dir, activitats burocràtiques o, fins i tot, de valoració d'exploracions complementàries.

Des d'un altre punt vista, i respecte a aquestes visites telefòniques, el compliment de la Llei de protecció de dades és dubtós, ja que no hi ha cap clau que pugui proporcionar el pacient en el moment de ser trucat.

- Les visites denominades **alertes de l'e-CAP** són tota aquella informació sobre els pacients assignats a un metge, que han de ser revisades (analítiques, electrocardiogrames, radiografies, informes hospitalaris, etc.) i de les quals es deriven actes mèdics i de registre, i que tampoc tenen cap temps assignat a l'agenda del professional.
- Les **tasques pendents**, activitats per garantir el correcte seguiment dels pacients, tampoc tenen un temps assignat a les agendes de treball segons els protocols establerts.
- Les **interconsultes entre metges**: en aquest punt tampoc hi ha ni unificació de criteris ni un circuit comú per a tots els equips de l'ICS.

Actualment, les formes possibles d'interconsulta amb els especialistes són:

- Mitjançant la **visita virtual**: es programa aquest tipus de visita a l'agenda de la RAE (Red d'Atenció Especialitzada) corresponent a la consulta respecte el pacient i la resposta queda enregistrada en el MEAP. El pacient no ha vist l'especialista i, fins i tot, pot no saber que s'ha fet aquesta consulta.
- Mitjançant **derivació**: en aquest cas, a vegades hi ha comissions dins l'equip que valoren la idoneïtat o no de la interconsulta, o bé és el propi especialista qui pot decidir
  - Programar una visita al pacient.
  - No programar al pacient i deixar al MEAP escrita la seva opinió o recomanació.
  - No programar al pacient i deixar una anotació en bolígraf en la derivació de la seva opinió o recomanació, o el seu criteri de no voler veure el pacient.
  - No programar al pacient i fer algun comentari de passadís.

Sessions conjuntes: es comenten aquells casos que el metge de capçalera considera adequats. En cap cas l'especialista visita el pacient i pot ser que els comentaris no quedin enregistrats al MEAP per manca de temps.

## Enquesta de Metges de Catalunya sobre la implantació de l'e-CAP

(veure annexes 1 i 2)

Es fa una enquesta de valoració de l'e-CAP entre tots els metges que treballen a l'àmbit de primària de l'ICS de Catalunya i que consten a la base de dades de Metges de Catalunya, des del 8 de juliol al 22 de juliol 2013.

- **Perfil**: metges de primària ICS
- **Mostra**: 7.406
- **Participants**: 422
- **Data d'inici**: 8 de juliol de 2013
- **Data final**: 21 de juliol de 2013
- **Entorn**: enquesta digital oberta (Internet)

Hem analitzat la implantació de les visites no presencials i l'ús de l'e-CAP en tres vessants: gestió d'agenda, disseny informàtic i formació.

### Vessant 1: gestió d'agenda

#### Resultats

- 1- El nombre de visites no presencials en el moment de l'estudi, era de menys de 5 al dia en el **64%** dels casos. Hem detectat un important percentatge de metges, del **20%**, **que no poden comptabilitzar el volum d'aquest tipus de visites**. També és rellevant que el **62% dels enquestats no sàpiguen si aquestes visites se'ls comptabilitzen o no**.
- 2- L'autogestió per part del metge de la seva pròpia consulta no s'està portant a terme. La programació de les visites no presencials es realitzen per part de la UAU (Unitat

d'Atenció a l'Usuari), del DUI (Diplomat Universitari Infermeria) o d'altres de l'equip, i només un **33% dels metges enquestats s'assignen ells mateixos les visites no presencials**.

- 3- **El 82% dels metges enquestats no tenen cap temps a l'agenda assignada per realitzar les visites no presencials** i el 50 % d'aquests reconeixen dedicar menys de 10 minuts a la realització d'aquest tipus de visita.

## Conclusions

La implantació del programa de visites no presencials no s'està fent segons la filosofia que hi havia darrera d'aquest model de consulta:

- És el propi metge qui decideix si una visita mèdica és susceptible o no de ser no presencial.
- Les visites no presencials tindrien un temps assignat a l'agenda de treball del professional.
- Es consideren un acte mèdic, amb repercussions clíniques i jurídiques determinades, i precisen d'un temps mínim per poder-les realitzar i enregistrar.

## Vessant 2: disseny informàtic

### Resultats

**Més de la meitat dels metges enquestats (68%) manifesten dificultats per descarregar informes d'altres centres, imatges radiològiques i per codificar els diagnòstics.** També és significativa la dificultat per visualitzar la història clínica d'un pacient desplaçat. Aquests problemes no tenen res a veure amb la formació dels metges, sinó amb la connectivitat del programa.

### Conclusions

Per fer un ús correcte de la pantalla de l'e-CAP com a eina de treball a la consulta mèdica de primària cal **millorar la connectivitat del programa**, amb la finalitat de facilitar el seu ús i no esdevenir un element d'estrès laboral.

### Vessant 3: formació

#### Resultats

El **82% dels metges enquestats consideren que no han tingut formació suficient** en les actualitzacions de la pantalla de l'e-CAP, el **19% no ha estat informat d'aquestes pel seu referent**, el **55% no troben les icones per realitzar una activitat** i el **56%** no saben filtrar les alarmes dels pacients.

#### Conclusions

Es detecta una important **manca de formació en l'ús de la pantalla de l'e-CAP** que cal corregir amb urgència, per tal de afavorir-ne una utilització correcta i esmenar l'impacte d'estrès laboral que ocasiona el desconeixement de les eines requerides per desenvolupar un treball.

### Visita preanestèsica virtual als hospitals

La consulta virtual es va posar en marxa el 2009 a l'Hospital de Viladecans. Posteriorment, s'ha estès als hospitals de Bellvitge, Vall d'Hebron, Arnau de Vilanova, Germans Trias i Pujol i Joan XXIII per a intervencions no complexes.

Durant els primers nou mesos de 2013 s'han dut a terme 19.836 visites virtuals en aquests centres.

Des de Metges de Catalunya alertem de l'existència de múltiples motius ètics i legals per no fer ús del telèfon com a mitjà de comunicació entre el metge anestesiològ i el pacient que requereix una intervenció quirúrgica.

No hi ha una cobertura legal adequada, però queda clar que no es pot garantir la Llei 41/2002 sobre l'autonomia del pacient, informació i confidencialitat de dades.

- En cap cas no existeix consentiment del pacient per rebre informació virtual.
- No es pot garantir la identitat de la persona amb que es contacta i, per tant, no podem garantir la protecció de dades del pacient.



Problemes a l'hora de realitzar l'acte mèdic:

- Dificultat per valorar l'estat general del pacient per manca d'inspecció i exploració mèdica.
- Dificultat en la comunicació metge-pacient: és fonamental donar una informació adequada del procediment, aclarir dubtes, donar confiança i tranquil·litzar el pacient.
- Dificultat del metge per saber si el pacient comprèn el que se li explica.
- Dificultat per valorar la necessitat de premedicació i impossibilitat d'indicar-la telefònicament.
- Impossibilitat de donar una informació adequada i obtenir el consentiment informat, d'acord amb la legislació vigent (jurisprudència).

És necessari indicar que no es guanya temps fent la visita telefònica, ja que s'ha de valorar la història clínica del pacient i s'han de revisar les exploracions complementàries, de la mateixa manera que en una visita presencial. I a causa de la manca de comunicació no verbal, la comunicació metge-pacient és molt pitjor i sovint requereix de més temps que una visita presencial, i amb pitjors resultats.

A més, cal tenir en compte que es perden els signes clínics i l'exploració física, tant importants en una visita mèdica, i més quan tractem de valorar un pacient davant d'un acte mèdic de risc com és l'acte anestèsic.

Per tot això, Metges de Catalunya considera que el telèfon no s'ha d'utilitzar per valorar, indicar o informar d'un acte anestèsic, ja que existeix el risc de transgredir La llei d'autonomia del pacient i, a més, es pot incórrer en mala praxi, amb conseqüències importants per a la seva salut.

## Prevenció del metge en riscos laborals amb la implantació d'una nova forma de visita: pantalles de visualització de dades (PVD) i càrrega mental

Des de el punt de vista de la prevenció de riscos laborals, la implantació de la telemedicina i de les visites mèdiques no presencials requereix, al nostre parer, un doble abordatge.

- **L'avaluació i prevenció dels riscos relatius a l'ús d'equips amb pantalles de visualització (Reial decret 488/1997, del 14 d'abril)**, comú a la dels altres treballadors no facultatius de l'empresa que facin servir els ordinadors, tal com el mateix reial decret defineix.
- **L'avaluació del risc psicosocial i la càrrega mental dels facultatius que desenvolupen la telemedicina i les visites no presencials. Llei de prevenció de riscos laborals 31/1995, de 8 de novembre (BOE núm. 269, de 10 de novembre).**

### Utilització de les pantalles de visualització de dades (PVD)

Si consultem el **Reial decret 488/1997**, del 14 d'abril, sobre les disposicions mínimes de seguretat i salut relatives al treball amb equips que inclouen pantalles de visualització, **BOE núm. 97, de 23 d'abril de 2007**, es defineix el **treballador usuari de PVD** com tots aquells treballadors que superin les 4 hores diàries o les 20 hores setmanals de treball efectiu amb aquests equips.

Els **riscos associats a la utilització dels equips** són principalment:

- Trastorns múscul esquelètics
- Problemes visuals
- Fatiga mental

La probabilitat d'experimentar aquests trastorns està relacionada amb la freqüència i la duració dels períodes de treball amb la pantalla, així com la intensitat i el grau d'atenció que la feina pot requerir.

L'avaluació es realitzarà tenint en compte les característiques pròpies del lloc de treball, especialment:

- a) El temps mig d'utilització diària de l'equip
- b) El temps màxim d'atenció continua a la pantalla que requereix la feina habitual
- c) El grau d'atenció que exigeix aquesta feina

Aquesta avaluació l'hauran de fer els serveis de prevenció:

- Abans de començar a treballar amb una pantalla de visualització
- Posteriorment, amb una periodicitat ajustada al nivell de risc
- Quan apareguin trastorns que es puguin derivar d'aquest tipus de treball

És obvi que amb la introducció de les noves tecnologies a la consulta mèdica, i amb una major complexitat de les pantalles i l'increment de les activitats de registre, el metge treballa a l'actualitat la major part de la seva jornada laboral amb l'ordinador sent, per tant, un treballador usuari de pantalla i, per això, caldria aplicar l'avaluació del lloc de treball dels metges des d'aquest punt de vista específic.

## Càrrega mental

Considerem que és imprescindible l'abordatge de la càrrega mental dels metges de primària des de les unitats de prevenció de riscos laborals de les empreses sanitàries, amb la finalitat de detectar precoçment els possibles factors de risc psicosocials, que puguin derivar en possibles patologies psicològiques o físiques dels facultatius implicats, ja que deixant de banda el risc derivat de l'ús de pantalles de visualització de dades i atenent específicament la introducció de les visites no presencials i la telemedicina afegida a la consulta habitual dels metges, observem que s'ha produït:

- Increment de les activitats de registre
- Visites no presencials afegides a les visites presencials habituals
- Les visites no presencials no disposen de temps consensuat a les agendes de treball
- Absència de protocols clínics i organitzatius que regulin l'ús d'aquesta nova eina de treball
- Manca de formació
- Inseguretat jurídica

Seguint la NTP 179 (Nota Tècnica de Prevenció) del Ministeri de Treball i Assumptes Socials, podem definir la **càrrega mental** com la quantitat d'esforç mental que hem de desenvolupar per realitzar una activitat concreta.

La càrrega mental estaria determinada per la **quantitat** i el **tipus** d'informació d'una feina.

Segons Mulder (1980) s'identifiquen dos **factors que incideixen en la càrrega mental**:

- La **quantitat i la qualitat de la informació** i, per tant, la complexitat de la informació rebuda.
- El **temps**, de manera que si l'estímul-resposta és continu la capacitat de resposta de l'individu es pot veure saturada.

A aquests factors, s'hi han d'afegir les condicions físiques del lloc de treball, els factors

psicosocials, com les relacions jeràrquiques o les possibilitats de comunicació, i les condicions pròpies de cada individu, com l'edat, personalitat, motivació i formació rebuda. Si la quantitat d'esforç supera la capacitat de resposta de l'individu apareix la **fatiga mental**.

Els seus símptomes són la disminució de l'atenció, lentitud de pensament i disminució de la motivació.

Si el desequilibri persisteix, es produeix una situació de **fatiga crònica**, sent els seus símptomes la inestabilitat emocional, alteració del son i alteracions psicossomàtiques.

Atenent als resultats de la enquesta del **PSQCAT**, feta pel Servei de Prevenció de Riscos Laborals de l'ICS als 40.000 treballadors de l'empresa durant els anys 2006-2010, i extraient les dades que fan referència als facultatius de primària (*veure annex 2*), és important destacar que en els anys estudiats (2006-2010) **més del 50% dels metges es trobaven en la situació més desfavorable pel que fa a símptomes cognitius d'estrès**, a l'igual que en símptomes somàtics (*veure annex 3*).

Si desglossem la informació donada per la mateixa unitat de prevenció de l'ICS veiem que:

- **Els metges de primària estaven en la situació més desfavorable en relació amb les exigències psicològiques cognitives, sensorials, quantitatives i emocionals, molt per sobre de la resta del personal de l'ICS i d'infermeria.**
- En les dimensions que tenen relació amb el control de les condicions de treball (influència, possibilitats de desenvolupament, control del temps, sentit de la feina i integració a l'empresa), els facultatius presentaven dos exposicions millorables:
  - Control del temps de treball
  - Integració a l'empresa
- En les dimensions que fan referència al suport de l'empresa i a la qualitat de lideratge, els facultatius presentaven un alt percentatge d'exposició a la situació més

desfavorable del conflicte de rols i dues exposicions millorables, com són la predicibilitat i la possibilitat de relació social.

- En la qualitat de lideratge, si bé el percentatge definit per ser considerat situació favorable és del 33,3%, només el 34,41% dels metges de primària estarien exposats a la situació més favorable.
- **Les dimensions que fan referència a les compensacions (sou, estima i inseguretat), tant en estima com en inseguretat, el percentatge de facultatius exposats a les situacions més desfavorables era molt alt.**

Si aquesta era la situació el 2010, si considerem l'increment anteriorment esmentat de visites no presencials i d'activitats de registre amb un sistema improvisat, i sense la formació adequada (**increment d'exigències psicosensoials**), en el context actual de crisi econòmica i a causa de les retallades que s'han anat produint en sanitat, amb l'acomiadament de personal interí i les rebaixes salarials, com les pagues extres i les DPO, entre d'altres (**disminució de factors protectors: sou, seguretat i estima**) **podríem suposar un empitjorament del risc psicosocial entre els facultatius**, fet que obligaria a fer una nova valoració per part de les unitats de prevenció de riscos de les empreses sanitàries dels factors de risc psicosocial dels metges i, concretament, de la **càrrega mental**, amb la finalitat d'adequar les tasques i el temps de treball i de descans, per tal de poder evitar situacions de patologia derivada d'una sobrecàrrega mental, així com impedir que a causa del cansament mental s'incrementin els errors mèdics.

Aquesta sol·licitud està avalada per la mateixa aplicació de la Llei 31/1995 de prevenció de riscos laborals, de 8 de novembre (BOE núm. 269, de 10 de novembre) on es defineix **condició de treball** com totes aquelles característiques de la feina, incloent-hi les relatives a la seva organització i ordenació, que influeixin en la magnitud dels riscos als quals estigui exposat el treballador, i obliga a que l'avaluació s'actualitzi **quan canviïn les condicions de treball**.

Malgrat això, i segons la informació de l'Àrea de prevenció de riscos laborals de l'ICS en el document d'anàlisi de les activitats desenvolupades durant el 2012, s'ha fet l'avaluació de riscos de 2.881 llocs de treball, que ha afectat 20.350 treballadors, i en el 55% dels llocs de treball avaluats s'han analitzat els riscos de seguretat, en el 23% els d'higiene, en el 21% els d'ergonomia i **només en l'1% els de psicologia.**

Creiem, doncs, que en compliment de la normativa vigent i donats els canvis substancials anteriorment exposats en el tipus de treball, cal que l'ICS faci aquesta nova valoració preventiva.

# Estudi jurídic de les visites no presencials. Lex artis, protecció de dades i responsabilitat civil

Segons el **Dr. Sánchez Losada**, autor de la tesi "Aspectos éticos y médico-legales en la telemedicina: la consulta médica telefónica", l'**atenció a distància** del pacient pot presentar riscos legals i de seguretat, derivats de:

- L'estat del pacient, observat des d'un punt de vista molt subjectiu, per conversa amb el propi pacient o, fins i tot, a través d'un tercer.
- Les dificultats que comporta l'absència de comunicació no verbal per matisar la informació.
- L'alt nivell d'incertesa per al metge que no veu el pacient.
- La informació i la història clínica no estructurada i escrita, en gran part de dels casos.
- L'absència en la majoria dels casos d'un seguiment posterior adequat.
- Les dificultats per a una correcta identificació de pacients i la informació que aquests aporten.

Les dificultats per assegurar les indicacions de la Llei de protecció de dades, com les dades de salut especialment protegides, derivades del punt anterior.

Des del punt de vista legislatiu, en el moment actual la telemedicina no es troba regulada específicament:

- a) A Espanya, la legislació a què es pot recórrer és la **Llei orgànica de protecció de dades (LO 41/2002)** que no contempla de forma específica la telemedicina, però que és l'única referència en quant a política de privacitat de dades que existeix.



- b) La Comissió Europea, el 4 de novembre de 2008, va fer un comunicat en què diu que “*la telemedicina en benefici dels pacients, els sistemes sanitaris i la societat*”, al Parlament, al Consell Europeu i al Comitè de les Regions, en el qual es proposen un seguit d'accions estratègiques a escala europea i nacional per estendre l'aplicació de la telemedicina, i que es van presentar durant la conferència interministerial referent a salut el 2010. Per tant, a partir d'aquesta conferència, la Comissió Europea hauria d'elaborar un marc jurídic per als actes mèdics realitzats mitjançant els sistemes de telemedicina.

Abans de 2011, els estats membres haurien d'haver realitzat una adaptació del seu marc reglamentari aplicable a les autoritzacions, les responsabilitats dels professionals, les competències judicials i les pràctiques administratives relatives als reemborsos, garantint la confidencialitat dels actes i la seguretat dels pacients.

A l'actualitat aquesta normativa no està disponible.

Més enllà de la telemedicina, la implantació de visites mèdiques no presencials a l'ICS o a altres empreses sanitàries tampoc disposa d'un marc jurídic específic conegut pels metges, que es veuen obligats a fer ús d'aquesta nova eina de visita per indicació de la empresa.

**Segons el nostre parer, l'ús de la telemedicina i de les visites no presencials ha d'estar avalada per protocols clínics que garanteixin la *lex artis* de l'acte mèdic, així com per protocols organitzatius de cada empresa sanitària que vulgui fer-ne ús.**

Des de Metges de Catalunya hem elevat la consulta a la nostra assessoria jurídica i a experts del món jurídic, amb la finalitat de conèixer la responsabilitat civil que tindrien els facultatius en cas de possibles errors mèdics succeïts en el si d'aquestes visites no presencials afegides a les agendes de treball, a la vegada que interessats en el degut compliment de la Llei de protecció de dades.

L'opinió preliminar del gabinet jurídic de Metges de Catalunya, *Lesing Spain*, respecte a

la implantació de les visites no presencials (e-Salut) als centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut (ICS) queda resumida en:

## 1. Responsabilitat civil del metge

Es planteja la qüestió de saber si la implantació de les visites no presencials (VNP) per part de l'ICS, en absència d'un estudi previ del seu impacte real en la qualitat de la prestació sanitària i d'un marc d'actuació clar pels metges que les han de fer, pot afectar negativament la *lex artis*, entesa com el conjunt dels principis científics i ètics que orienten la bona pràctica mèdica i, consegüentment, pugui incrementar el risc de la responsabilitat civil del metge per mala praxis.

S'ha de tenir en compte que des d'un punt de vista jurídic s'entén que ha existit negligència professional i, per tant, es poden demanar responsabilitats quan l'acte mèdic s'ha realitzat en circumstàncies en les quals el resultat del tractament ha originat un perjudici al pacient, sempre i quan aquests resultats siguin diferents als que haguessin aconseguit la majoria dels professionals en les mateixes circumstàncies.

**El sistema d'implantació de les VNP pot generar, si no s'introdueixen una sèrie de millores procedimentals i organitzatives en aquest sistema, la possibilitat d'un diagnòstic incorrecte per part dels metges, ja sigui per manca de la presència física del pacient i/o per la reducció dels temps per a resoldre les VNP, entre d'altres circumstàncies esmentades en els antecedents.**

Tanmateix, **l'absència d'unes directrius i un marc clar d'actuació pels metges en la realització de les VNP, podria derivar en responsabilitats a nivell professional si es demostrés que el metge no ha seguit les actuacions mèdiques que eren raonablement d'esperar en un cas concret, segons la *lex artis*.**

## 2. Responsabilitat per incompliment de la llei de protecció de dades

La protecció de les dades personals en el sector sanitari és un deure legal a l'hora d'implantar un sistema de VNP, com el descrit en els antecedents. En particular, cal assegurar el màxim respecte als principis de protecció de dades, entre els quals cal destacar el principi del consentiment en el tractament de dades personals i el de seguretat i confidencialitat en la custòdia d'aquestes dades. **Per a un compliment efectiu d'aquesta normativa per part de tot el col·lectiu mèdic que tracta dades de salut dels pacients, es fa necessari que aquests professionals disposin de les eines, els procediments i la formació necessàries per obtenir el consentiment exprés i per escrit dels pacients pel tractament de les seves dades en un entorn no presencial, així com per a aplicar les mesures de seguretat de nivell alt exigides per la normativa de protecció de dades.**

Per assolir un nivell satisfactori i continu de compliment, **és essencial que existeixin protocols** clars d'actuació que facilitin que els metges puguin tractar les dades dels pacients en la confiança de fer-ho conforme a la normativa vigent. Això inclou, per exemple, la comunicació de dades per telèfon o per altres mitjans a distància, sobre els quals hi hauria d'haver un procediment establert per verificar la identitat del pacient i evitar, així, accessos o divulgacions no autoritzades a les dades de salut dels pacients.

En la mateixa línia, segons el Professor Dr. Jordi Jornet Lozano, Professor Titular de Medicina Legal i Forense de la UAB i Professor de Bioètica Clínica de la UAB, exposa que la Llei 41/2002 sobre l'Autonomia del Pacient, a l'article 7, quan es refereix al dret a la intimitat, adverteix que **tota persona té dret a que es respecti el caràcter confidencial de les dades referents a la seva salut i a que ningú pugui accedir-hi sense autorització prèvia emparada per la llei i així mateix exhorta els centres sanitaris a adoptar les mesures oportunes per garantir els drets a què es refereix l'apartat anterior i han d'elaborar, quan sigui procedent, les normes i els procediments protocol·litzats que garanteixin l'accés legal a les dades dels pacients.**

La informació donada ha de trobar les màximes garanties de confidencialitat i el metge ha de tenir la seguretat que el receptor de la informació l'ha comprès en tots els seus termes i que només l'obtindrà ell.

Segons el parer del Professor Jornet, el telèfon no és la millor via per donar informació sobre el tractament o l'evolució de la malaltia per diversos motius:

- Per la dificultat d'estar segur que la persona que diu estar a l'altre costat del telèfon és veritablement ella.
- Per la major dificultat que tindrà el metge de saber si veritablement comprèn el que se li explica.
- Per la pèrdua del context de relació metge-pacient.

Des de Metges de Catalunya, hem demanat al Consell de Col·legis de Metges de Catalunya una valoració clínica deontològica i medicolegal sobre la telemedicina (*veure annex 4: carta al president del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya*) a l'igual que als serveis jurídics de l'ICS (*veure annex 5: carta adreçada al director gerent de l'ICS*).

# Propostes de Metges de Catalunya

Atenent que tant la telemedicina com les visites no presencials son actes mèdics i que haurien de tenir com a única funció l'apropament entre el metge i el pacient en l'espai quan, o bé la presència d'aquests no sigui possible, o bé quan sota criteri del professional no sigui imprescindible, creiem que:

1. **Només s'han de poder virtualitzar aquelles activitats que el metge consideri que ho poden ser**, amb plena consciència i com a una eina pactada amb el pacient, i amb totes les garanties legals.
2. La **telemedicina** i les **visites no presencials**, per poder ser acceptades com a eines de treball en el procés diagnòstic o terapèutic, han de reunir els requisits següents:
  - A. Disposar de mitjans tecnològics de qualitat reconeguda.
  - B. El seu ús s'ha de realitzar amb les **garanties de compliment de la Llei de protecció de dades**.
  - C. Han d'estar **clarament definides i protocol·litzades** a cadascuna de les empreses sanitàries que les vulguin implantar com a eines de gestió de les consultes i que **la seva definició i circuits han de figurar en els plans funcional de cada centre**.
  - D. **Han de disposar d'un temps determinat a l'agenda per a la seva realització** i no ser considerades "feines pendents", per tal de garantir la seva qualitat i la bona praxis.
  - E. La seva **implantació** ha d'anar **precedida d'una valoració de la Unitat de Prevenció de Riscos Laborals**, de l'impacte sobre el metge, tant com a usuari de pantalles de visualització com de la càrrega mental que suposa la seva introducció.

F. La seva implantació ha de anar precedida per la **formació adequada** dels facultatius que la desenvolupen.

3. Considerem que:

- A. S'han d'**elaborar protocols per part de les societats científiques**, en els quals la telemedicina i/o visita no presencial es contemplin com a part del procés diagnòstic i/o terapèutic, perquè esdevinguin visites segons la *lex artis*.
- B. Suggestim **que els col·legis de metges regulin la pràctica d'activitats assistencials de telemedicina**, n'estableixin els requeriments tècnics, clínics, deontològics i jurídics pel seu ús i que s'aturi el desenvolupament fins que s'hagin establert aquests requeriments.

Mentre això no succeeixi, des de Metges de Catalunya recomanem la no acceptació per part dels metges d'aquesta forma de treball, que podria ocasionar perjudicis als pacients i riscos legals per als professionals.

# Documents annexes

## Valoració de l' Ec@p Metges de Catalunya

Es fa la proposta de realitzar una enquesta de valoració del Ec@p a tots els afiliats que treballen en el àmbit de primària el lcs de Catalunya des de 15 de juliol al 22de juliol 2013.

### ENQUESTA ENVIADA

#### A.PERFIL DEL PROFESSIONAL

1. Metges família  pediatra  odontòleg  especialista
2. Utilitzes el ecap  Si  No
3. Ets referent de l'ecap  Si  No

#### B. VISITES NO PRESENCIALS

1. Utilitzes les visites virtuals  Si  No
2. Quantes et posen per dia  <5  5-10  sense control
3. Que et posa les visites virtuals  
 tu mateix  el teu/va infermer/ra  el teu equip  el administratiu
4. Tens temps assignat per realitzar les teves visites virtuals?  Si  No
5. Es contabilitza el número de visites virtuals?  Si  No  No sé

#### C. ECAP

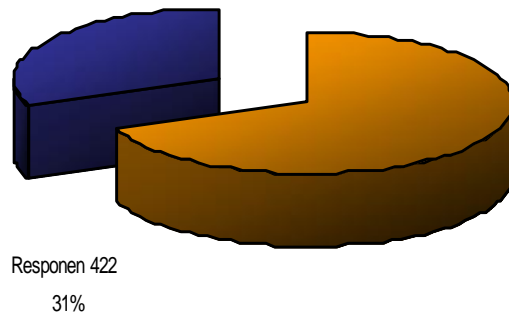
1. Te teu referent d' equip informa de les actualitzacions Del ecap?  
 Si  No
2. Teniu temps suficient de fer formació de ecap quan hi han actualitzacions?  
 Si  No
3. Tens dificultats a l'hora de visualitzar la història clínica d'un pacient DESPLAÇAT?  
 Si  No
4. Et costa descarregar informes d' altres centres?  Si  No
5. Et costa descarregar les imatges de radiologia?  Si  No
6. T' Es fàcil trobar d'ubicació dels icones per fer una activitat?  
 Si  No
7. T'és fàcil trobar un diagnòstic?  Si  No
8. Utilitzes la pantalla d' intel·ligència activa?  Si  No
9. Utilitzes les guies clíniques de la pantalla d' intel·ligència activa?  
 Si  No
10. Introdueixes les analítiques que s'han fet en altre centre?  
 Si  No
11. Saps filtrar les alarmes dels pacients?  Si  No
12. Tens registrats els PCC del teu "cupo"?  Si  No
13. Tens registrats els PCC del teu "cupo"?  Si  No

### RESULTATS



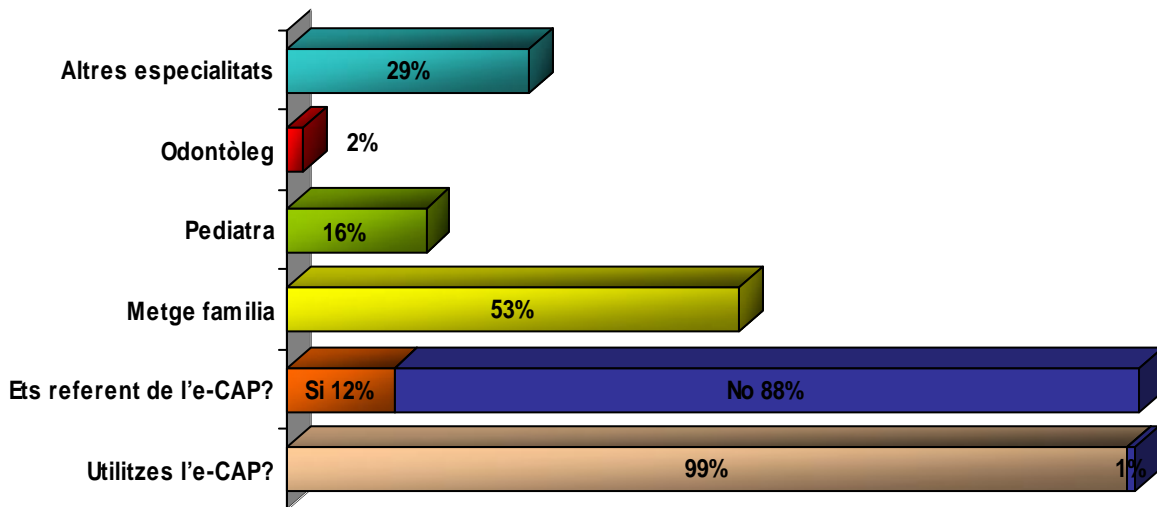
## RESULTATS

Dels 1356 afiliats que treballen a primària de l'ICS i que se'ls envia l'enquesta, responen 422 (31%) del total.



### A.PERFIL DEL PROFESSIONAL

El 99% son usuaris del Ec@p i un 12% son referents.



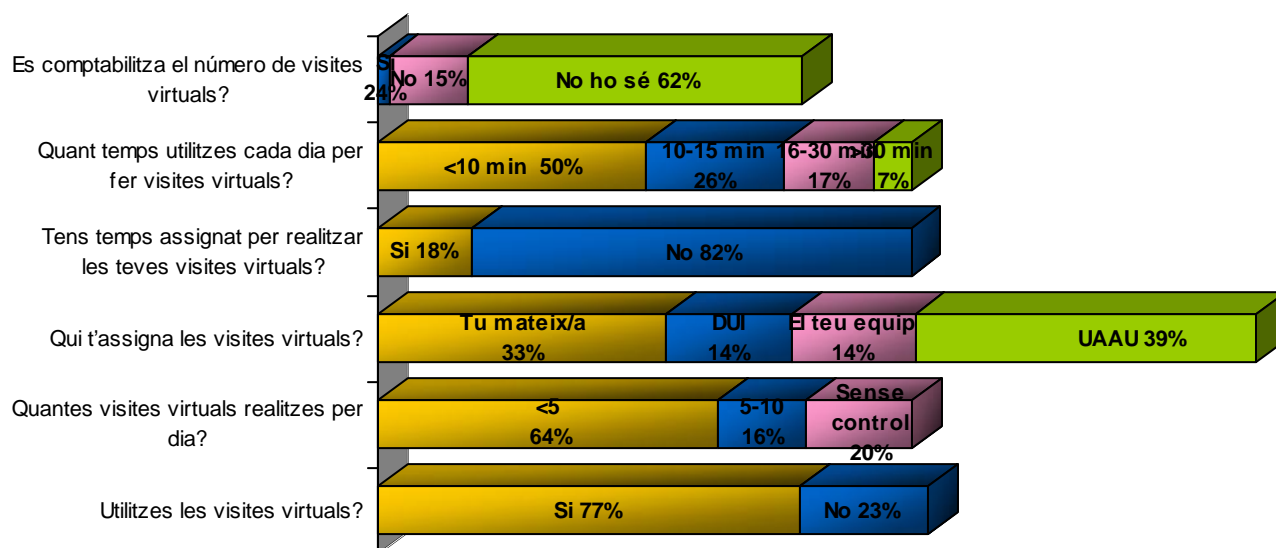
	Utilitzes l'e-CAP?	És referent de l'e-CAP?	Metge família	Pediatra	Odontòleg	Altres especialitats
■ -	4	371				
□ N: 422	418	53	225	69	8	120

## B. VISITES NO PRESENCIALS

Les visites no presencials, son "les visites" que es fan quan el pacient no esta present a la consulta, i en general serveix per realitzar tasques burocràtiques.

Un 77% les utilitza, en general no se sap si es comptabilitzen, tampoc es dona temps per realitzar-les, i per tant quan les fan son menys de 5 al dia i com a conseqüència menys de 10 minuts de la jornada en fer-les.

Principalment son assignades pels administratius seguit del propi metge.



	Utilitzes les visites virtuals?	Quantes visites virtuals realitzes per dia?	Qui t'assigna les visites virtuals?	Tens temps assignat per realitzar les teves visites virtuals?	Quant temps utilitzes cada dia per fer visites virtuals?	Es comptabilitza el número de visites virtuals?
■ -			262		30	256
■ -		82	95		69	61
■ No	98	67	96	337	106	9
■ Si	325	262	222	73	206	

## C. ECAP

1. El referent de Ec@p informa de les actualitzacions (que hi a dos majors al any i dos menors al any) i actualitzacions denominades "capsules informatives" cada 7-10 dies que van de 5-7 pantalles.

2. Amb tanta actualització no hi ha temps suficient de assolir tots els canvis, i per tant hi ha una sensació de manca d'informació.

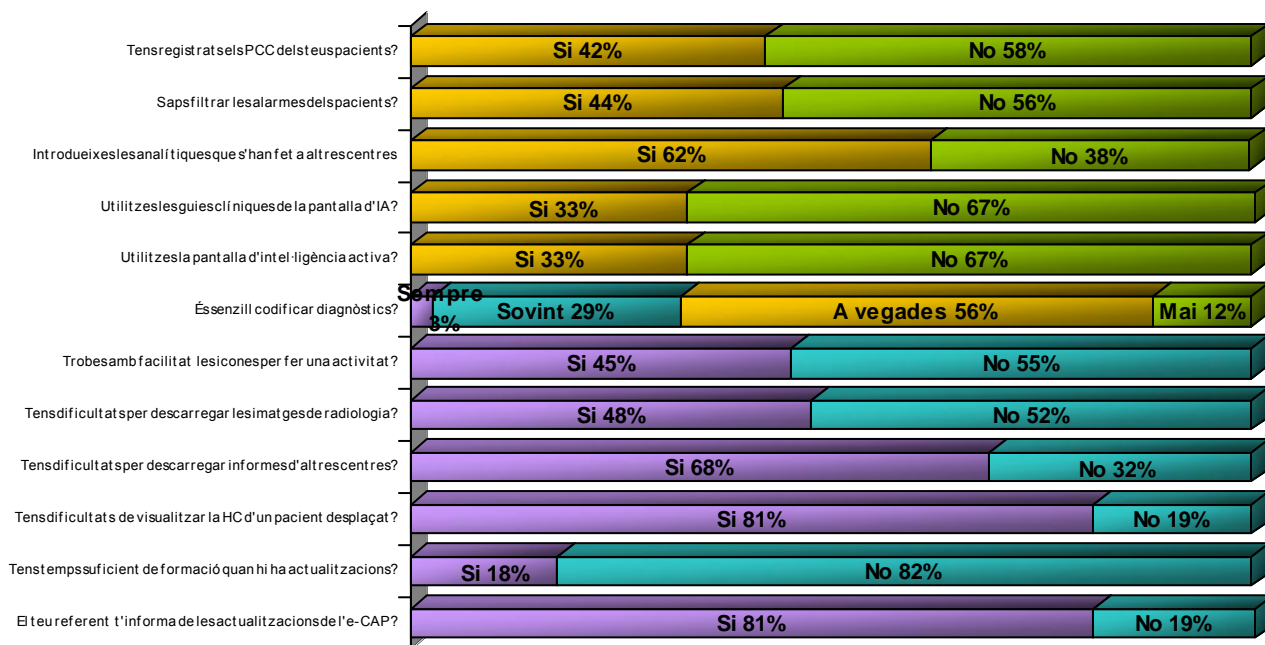
3. Solament un 3% sap codificar els registres, actualment han millorat, però manquen els de cirurgia i altres estan englobats en altres diagnòstics molt inespecífics.

4. Mes de la meitat dels usuaris te dificultats per descarregar informes d'altres centres (68%), descarregar la radiologia (52%), trobar icones per fer una activitat (45%)

5. Un 33% utilitza la pantalla d'intel·ligència activa i les guies clíniques que hi ha en ella.

6. Un 38% no pot introduir les analítiques d'altres centres, per que s'han de fer manualment i això es temps que no es comptabilitza. Un 56% no sap filtrar alarmes.

7. I un 58% no te registrats els PCCs, objectiu d'equip per aquest any i que part del registre lo fa infermeria.



	El teu referent t'informa	Tens temps suficient	Tens dificultats de	Tens dificultats per	Tens dificultats per	Trobes amb facilitat	És senzill codificar diagnòstic	Utilitzes la pantalla d'intel·ligè	Utilitzes les guies clíniques	Introdueix es les analítiques	Saps filtrar les alarmes	Tens registrats els PCC
■ Barras 3D 4							49	283	285	160	235	244
■ .							237	139	139	261	187	178
■ No	81	348	79	131	221	231	124					
■ Si	343	74	343	291	201	191	12					

## CONCLUSIONS

1. El 99% dels metges de primària utilitza l'Ecap a la consulta i un 12% son referents (53% metges de família i 16% pediatres)
2. el 77% utilitzen les visites virtuals
3. 13% realitza menys de 5 visites virtuals al dia amb un temps de 15 min o menys
4. L'assignació es per part del equip un 32% (un 18% per UaaU i 13% el propi metge i alguna infermeria)
5. El 53,6% no te temps assignat per fer aquestes visites
6. Solament es contabilitza un 17% i un 50% no saben si es fa el recompte.
7. El 81% de referents informa de les actualitzacions (dos majors i dos menors i capsules informatives de 5-7 pantalles cada 7-10 dies) i 81% diu que no es temps suficient.
8. 81% te dificultats per visualitzar HC
9. 68% te dificultats per descarregar informes d'altres centres
10. 48% te dificultats per descarregar imatges de radiologia
11. 45% te dificultats per trobar els icones

12. 3% d'usuaris del ecap considera que es senzill codificar diagnòstics i el 85% els codifica a sovint o a vegades.
13. Un 33% utilitza la pantalla IA i 28% d'aquests amb guies clíniques
14. Un 13% introdueix les analítiques que arriben d'altres centres manualment.
15. 56% no sap "filtrar" alarmes.
16. 58% diu que NO te registrats els PCC (activitat compartida amb infermeria, i DPO d'equip d'aquest any)

**ANNEX 2**

# 422 respostes

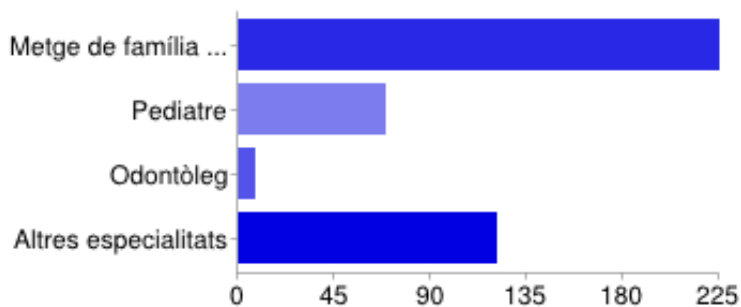
[Publica les estadístiques](#)

## Resum

[Imatge]

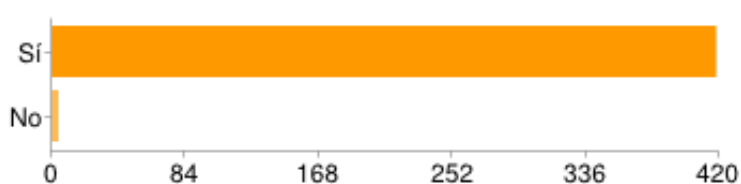
### Perfil

#### Especialitat



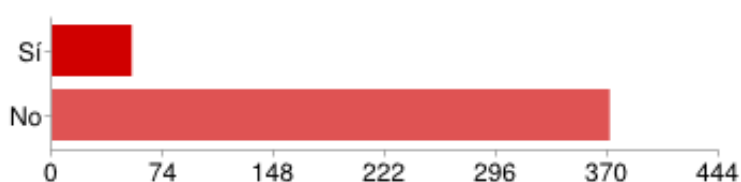
Metge de família - Metge general	<b>225</b>	53%
Pediatre	<b>69</b>	16%
Odontòleg	<b>8</b>	2%
Altres especialitats	<b>121</b>	29%

#### Utilitzes l'e-CAP?



Sí	<b>418</b>	99%
No	<b>4</b>	1%

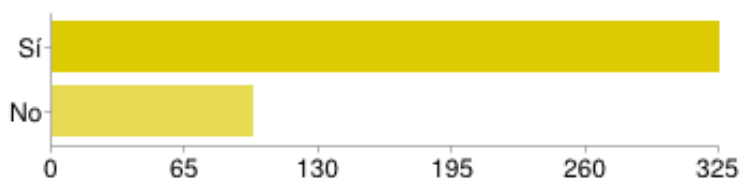
#### Ets referent de l'e-CAP?



Sí	<b>53</b>	13%
No	<b>371</b>	88%

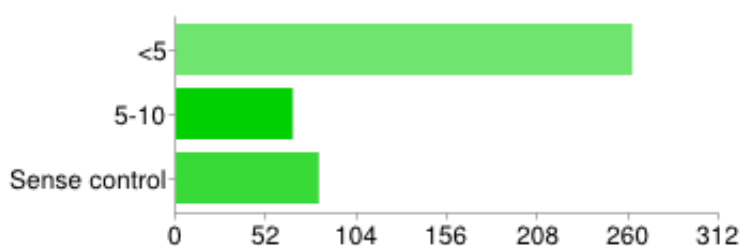
## Visites no presencials

### 1. Utilitzes les visites virtuals?



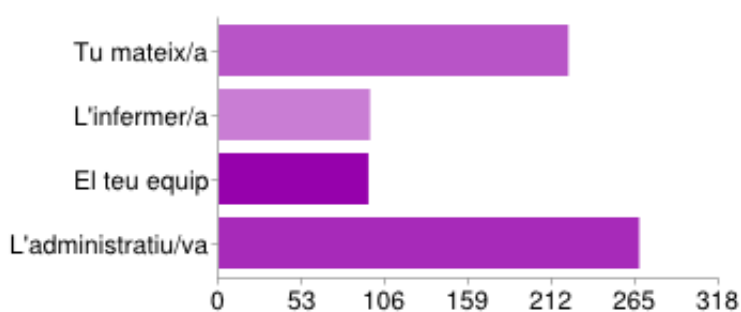
Sí	<b>325</b>	77%
No	<b>98</b>	23%

### 2. Quantes visites virtuals realitzes per dia?



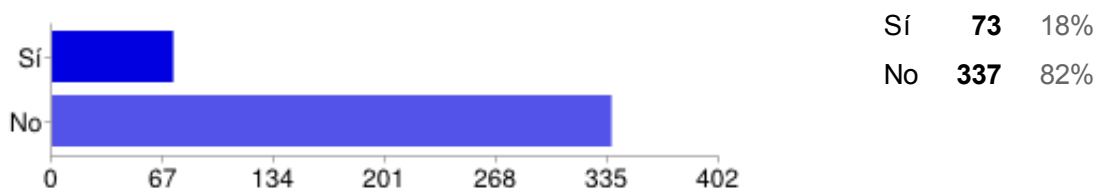
<5	<b>262</b>	64%
5-10	<b>67</b>	16%
Sense control	<b>82</b>	20%

### 3. Qui t'assigna les visites virtuals?

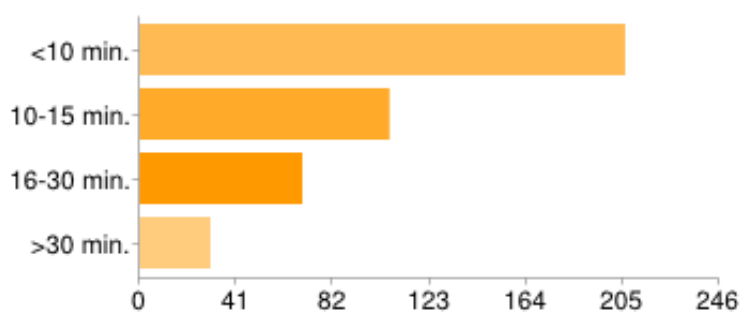


Tu mateix/a	<b>222</b>	33%
L'infermer/a	<b>96</b>	14%
El teu equip	<b>95</b>	14%
L'administratiu/va	<b>267</b>	39%

#### 4. Tens temps assignat per realitzar les teves visites virtuals?

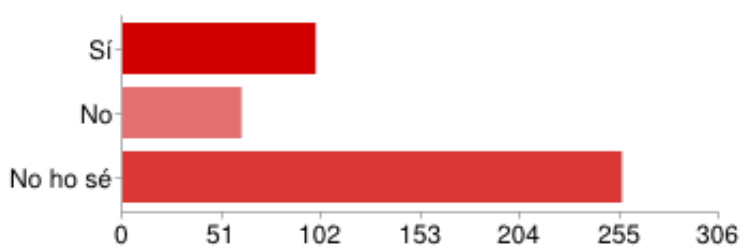


#### 5. Quant temps utilitzes cada dia per fer visites virtuals?



<10 min.	<b>206</b>	50%
10-15 min.	<b>106</b>	26%
16-30 min.	<b>69</b>	17%
>30 min.	<b>30</b>	7%

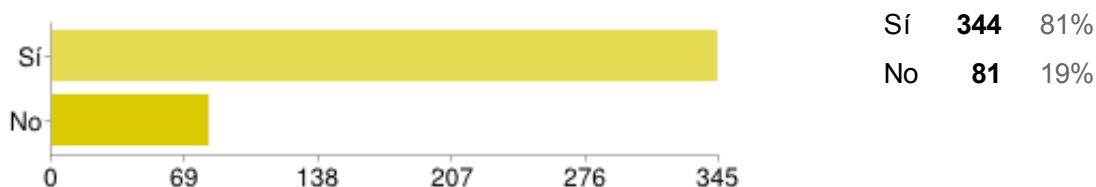
#### 6. Es comptabilitza el número de visites virtuals?



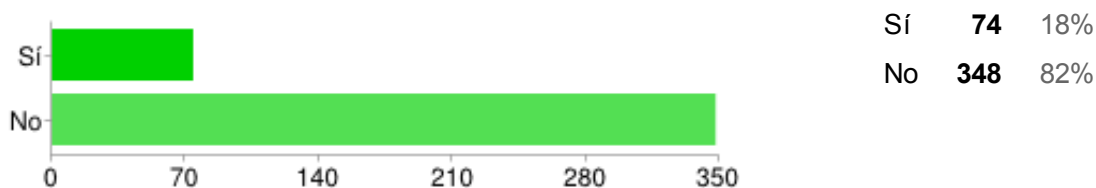
Sí	<b>99</b>	24%
No	<b>61</b>	15%
No ho sé	<b>256</b>	62%

## e-CAP

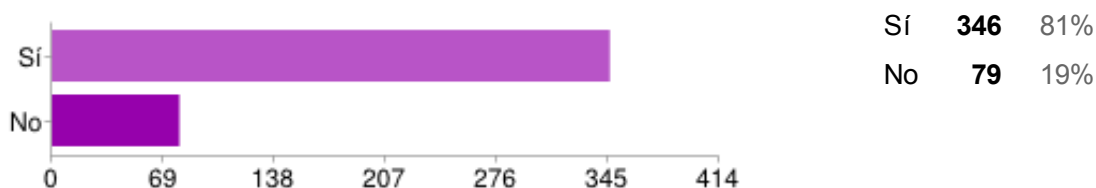
#### 1. El teu referent d'equip t'informa de les actualitzacions de l'e-CAP?



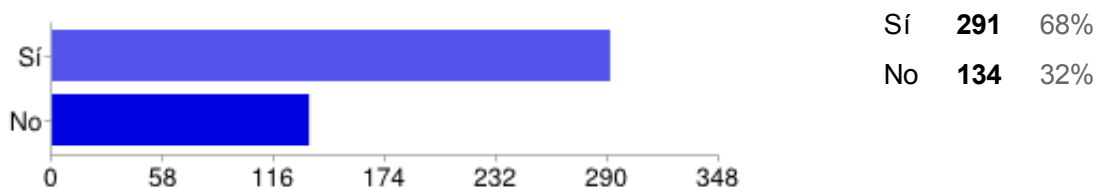
## 2. Disposes de temps suficient de formació quan hi ha actualitzacions?



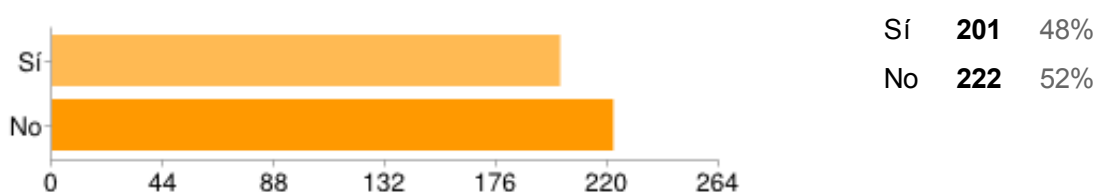
## 3. Tens dificultats a l'hora de visualitzar la història clínica d'un pacient desplaçat?



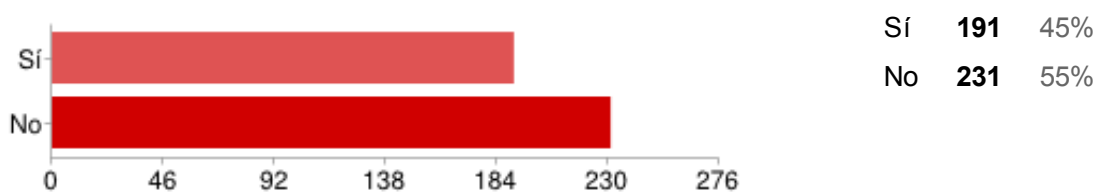
## 4. Tens dificultats per descarregar informes d'altres centres?



## 5. Tens dificultats per descarregar les imatges de radiologia?

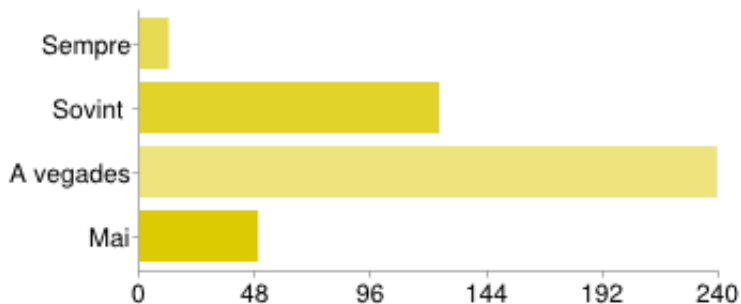


## 6. Trobes amb facilitat la ubicació de les icones per fer una activitat?



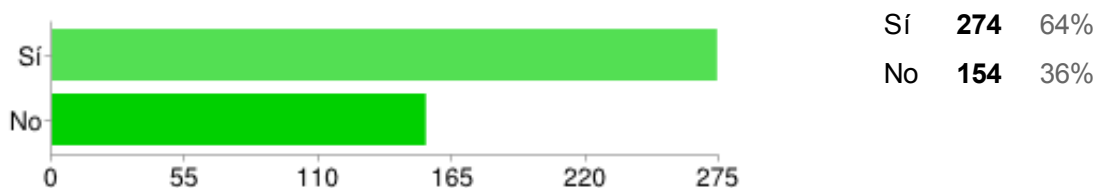
## 7. És senzill codificar diagnòstics?



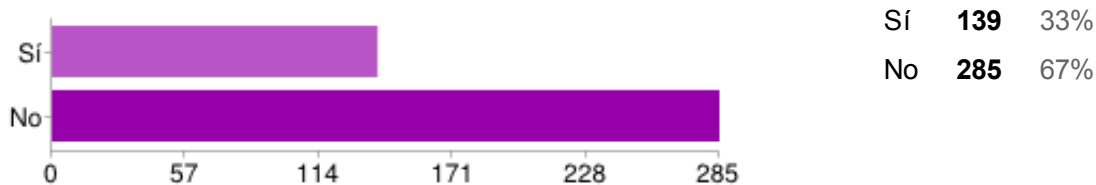


Sempre	<b>12</b>	3%
Sovint	<b>124</b>	29%
A vegades	<b>239</b>	56%
Mai	<b>49</b>	12%

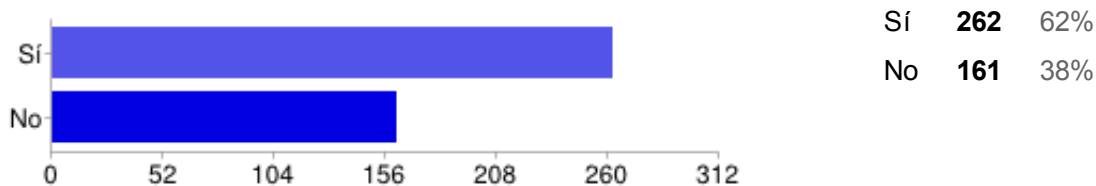
### 8. Utilitzes la pantalla d'intel·ligència activa?



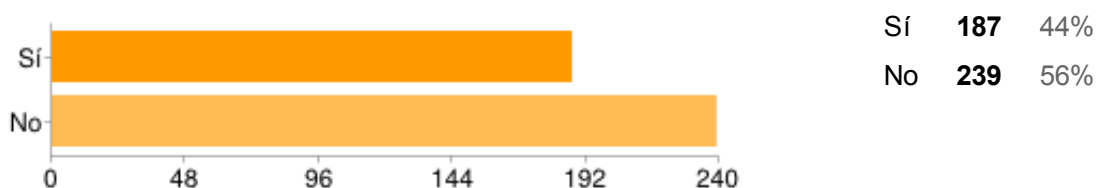
### 9. Utilitzes les guies clíniques de la pantalla d'intel·ligència activa?



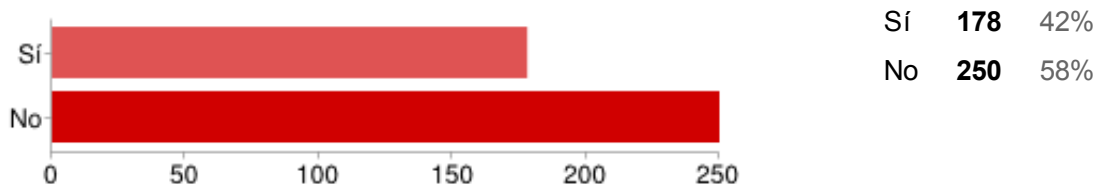
### 10. Introdueixes les analítiques que s'han fet a altres centres?



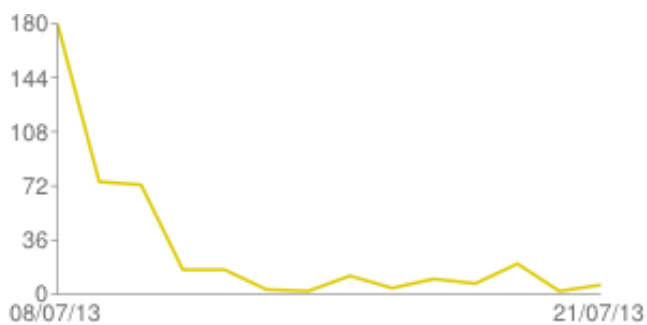
### 11. Saps filtrar les alarmes dels pacients?



### 12. Tens registrats els PCC dels teus pacients?



### Nombre de respostes diàries



**Dr. Benjamí Pallarès i Oro**  
President  
Consell de Col·legis de Metges de Catalunya  
Albereda 3-5  
17004 Girona

Benvolgut Benjamí,

Primerament, fer-te extensiu que Metges de Catalunya valora molt positivament l'avenç que ha suposat que els col·legis de metges de Catalunya i el sindicat féssim un manifest conjunt sobre els aspectes que preocupen a la professió.

Tal com comentàvem en la reunió d'ahir, el nostre desig és que aquest sigui el primer d'altres treballs conjunts en els quals analitzem els temes que afecten als metges, en resposta a les actuacions que l'Administració o les empreses estan portant a terme mitjançant polítiques d'ajustos econòmics.

Algunes de les problemàtiques que podem analitzar en futur estan relacionades amb les estratègies de l'Administració i de les empreses per fer front a una creixent demanda assistencial, amb un nombre cada vegada més petit de metges per atendre-la, com ara

- La implantació de les consultes virtuals, les interconsultes per telemedicina i altres fórmules de l'acte mèdic sense la presència del pacient.
- Tot el relacionat amb el projecte Model d'Atenció Cronicitat Avançada (MACA) que estigmatitza els malalts crònics per evitar que ingressin a l'hospital sota cap concepte.

Aquests temes aconsellen que es faci un estudi deontològic, mèdic legal i clínic abans que es portin a terme.

Així doncs, us demanem als col·legis que lidereu aquest estudi i que insteu a l'Administració a aturar el desenvolupament d'aquestes iniciatives fins que disposem dels resultats.

Sense res més al respecte, aprofito per enviar-te una salutació cordial.

Atentament



Francesc R. Duch i Campodarbe  
Secretari general

Barcelona, 17 d'octubre de 2013





**Dr. Pere Soley**  
Institut Català de la Salut  
Gran Via de les Corts Catalanes, 587  
08007 Barcelona

Benvolgut senyor,

Ens adreçem a vostè per tal de fer-li avinent la posició del sindicat Metges de Catalunya (MC) amb relació a les visites telemàtiques i no presencials, tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció primària. D'ençà de la seva implantació fa aproximadament dos anys, aquest tipus de visites s'han dut a terme sense l'avaluació clínica, deontològica i jurídica prèvia necessària, ni la formació adequada dels professionals.

En el dossier adjunt, desenvolupem la tipologia de visites i telemedicina, l'estat actual de la seva implantació a l'Institut Català de la Salut (ICS) amb les deficiències observades, l'abordatge jurídic pendent, la necessitat d'avaluar els riscos psicosocials que comporten i les propostes de millora que fa el sindicat, de les quals destaquem:

- La planificació de les visites virtuals, tant pel que fa a la relació metge-pacient com a la relació metge-metge ha d'estar únicament i exclusiva en mans del facultatiu que és qui l'ha de portar a terme.
- L'acte mèdic, entès en el seu sentit més ampli, fins i tot incloent-hi el seguiment de les incapacitats temporals, ha de ser principalment presencial i només podrà substituir-se per la consulta no presencial, quan el metge responsable ho consideri oportú. Amb tot, la primera visita, és a dir el primer contacte entre metge i pacient, mai no podrà ser virtual.
- Les visites virtuals han de tenir un temps assignat, s'ha d'establir de quina manera s'encabeixen en l'agenda diària del metge i, en qualsevol cas, s'han de computar com a temps assistencial a tots els efectes.
- Les visites no presencials han de tenir un protocol d'actuació unificat i vàlid per a tots els professionals, tant de l'àmbit assistencial hospitalari com de l'atenció primària.

Així mateix, des del punt de vista jurídic, palesem que:

- La implantació actual de les visites no presencials està orfe d'un estudi previ sobre l'impacte de la Llei orgànica de protecció de dades i els facultatius que les fan desconèixer que poden infringir aquesta legislació.
- El consentiment prestat per via no presencial i, per tant, al marge dels procediments que s'havien utilitzat fins ara, no té validesa i pot generar responsabilitats civils que quedin sense cobertura.
- Des del punt de vista de la prevenció de riscos laborals, no s'ha portat a terme una nova avaluació del lloc de treball que és obligatòria quan s'introdueixen modificacions en les condicions de treball, com la que comporta la incorporació de les visites virtuals en l'agenda del metge.



Metges de  
Catalunya

[www.metgesdecatalunya.cat](http://www.metgesdecatalunya.cat)

- La necessitat d'establir un procediment que garanteixi la mútua identificació de metge i malalt, amb les garanties suficients de confidencialitat.

Entenem que aquest tema és del seu interès, igual com ho és del nostre, ja que afecta la nostra feina diària, però també la qualitat assistencial i la salut dels nostres pacients i usuaris de la sanitat pública, per la qual cosa li adjuntem un dossier amb una anàlisi de l'estat actual de la implantació de les visites no presencials i les propostes de MC sobre la qüestió.

Li agrairíem que aturés el desenvolupament i foment d'aquestes visites mèdiques no presencials, fins que no s'hagin resolt les deficiències relacionades.

Rebi una cordial salutació.

Francesc R. Duch i Campodarbe  
Secretari general

Barcelona, 22 de gener de 2014



**Dra. Mercedes Abizanda**  
SEMERGEN  
València, 579, 5è 2a  
08026 Barcelona

Benvolguda,

Ens adrecem a vostè per tal de fer-li avinent la posició del sindicat Metges de Catalunya (MC) amb relació a les visites telemàtiques i no presencials, tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció primària.

D'ençà de la seva implantació fa aproximadament dos anys, aquest tipus de visites s'han dut a terme sense l'avaluació clínica, deontològica i jurídica prèvia necessària, ni la formació adequada dels professionals.

Creiem que les societats científiques s'haurien d'involucrar i elaborar protocols per incorporar amb garanties les visites no presencials i la telemedicina a la pràctica mèdica habitual, per tal de mantenir la qualitat assistencial i la bona praxis mèdica, i preservar els drets del pacients i la seguretat jurídica del professional.

Així mateix, pensem que, des d'un punt de vista jurídic, s'hauria de garantir el compliment de la Llei orgànica de protecció de dades, establint els procediments necessaris per assegurar la mútua identificació del metge i el malalt, amb les garanties suficients de confidencialitat abans de la seva implantació.

En aquest sentit, considerem necessària la col·laboració entre les societats científiques, els col·legis mèdics i el nostre sindicat per abordar aquest nou paradigma de visita mèdica.

Entenem que aquest tema és del seu interès, igual com ho és del nostre, ja que afecta la nostra feina diària, però també la qualitat assistencial i la salut dels nostres pacients, per la qual cosa li adjuntem un dossier amb una anàlisi de l'estat actual de la implantació de les visites no presencials i les propostes de MC sobre la qüestió.

Ens oferim per col·laborar conjuntament en tot allò que cregui que el sindicat pugui ser d'utilitat.

Rebi una cordial salutació.



Francesc R. Duch i Campodarbe  
Secretari general

Barcelona, 22 de gener de 2014



**Dr. Àlvar Net**  
L'Acadèmia  
Major de Can Caralleu, 1-7  
08017 Barcelona

Benvolgut,

Ens adreçem a vostè per tal de fer-li avinent la posició del sindicat Metges de Catalunya (MC) amb relació a les visites telemàtiques i no presencials, tant en l'àmbit hospitalari com en l'atenció primària.

D'ençà de la seva implantació fa aproximadament dos anys, aquest tipus de visites s'han dut a terme sense l'avaluació clínica, deontològica i jurídica prèvia necessària, ni la formació adequada dels professionals.

Creiem que les societats científiques s'haurien d'involucrar i elaborar protocols per incorporar amb garanties les visites no presencials i la telemedicina a la pràctica mèdica habitual, per tal de mantenir la qualitat assistencial i la bona praxis mèdica, i preservar els drets del pacients i la seguretat jurídica del professional.

Així mateix, pensem que, des d'un punt de vista jurídic, s'hauria de garantir el compliment de la Llei orgànica de protecció de dades, establint els procediments necessaris per assegurar la mútua identificació del metge i el malalt, amb les garanties suficients de confidencialitat abans de la seva implantació.

En aquest sentit, considerem necessària la col·laboració entre les societats científiques, els col·legis mèdics i el nostre sindicat per abordar aquest nou paradigma de visita mèdica.

Entenem que aquest tema és del seu interès, igual com ho és del nostre, ja que afecta la nostra feina diària, però també la qualitat assistencial i la salut dels nostres pacients, per la qual cosa li adjuntem un dossier amb una anàlisi de l'estat actual de la implantació de les visites no presencials i les propostes de MC sobre la qüestió.

Ens oferim per col·laborar conjuntament en tot allò que cregui que el sindicat pugui ser d'utilitat.

Rebi una cordial salutació.



Francesc R. Duch i Campodarbe  
Secretari general

Barcelona, 22 de gener de 2014







~~COMISSIÓ PERMANENT DE LA COMISSIÓ PARITÀRIA DE PREVENCIÓ DE RISCOS  
LABORALS~~

**Generalitat de Catalunya  
Institut Català de la Salut (ICS)**

Cap de l'Àrea de Prevenció de Riscos  
Sra. Meritxell Herreros

Número: 0341E/28182/2013  
Data: 03/12/2013 09:02:05

Els delegats de prevenció de riscos laborals de Metges de Catalunya,

Resistre d'entrada

### Exposem

Que degut a la potenciació de les tasques informàtiques i en relació al programa ECAP (l'Estació clínica d'atenció primària) una eina de treball en contínua evolució que va afegint noves funcions i per tan noves actualitzacions, els professionals sanitaris han tingut un canvi substancial en la forma de realitzar la seva activitat laboral.

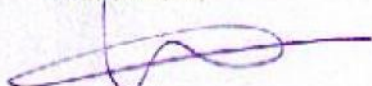
### Sol·licitem

1. Nova valoració dels llocs de treball.
2. Estudi de càrrega mental als professionals sanitaris de primària de l'ICS.

### Bibliografia:

1. Real Decret 486/1997, de 14 d'abril, pel qual s'estableixen les disposicions mínimes de seguretat i salut en els llocs de treball
2. Protocol: PG / VS / 01 Títol: Procediment general de vigilància de la salut.
3. NTP 534: Carga mental de trabajo: factores
4. NTP 379: La carga mental del trabajo: definición y evaluación
5. NTP 575: Carga mental de trabajo: indicadores
6. NTP 659: Carga mental de trabajo: diseño de tareas
7. NTP 544: Estimación de la carga mental de trabajo: el método NASA TLX
8. NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga
9. Instrucción básica para el trabajador usuario de pantallas de visualización de datos (INSHT) pag 14
10. REAL DECRETO 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. BOE nº 97 23-04-1997

Atentament,



Rosa M. Alcolea

P.O.



Laura Olavide

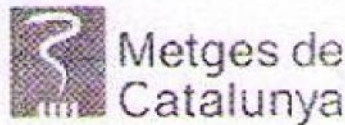
P.O.



David Arribas

Barcelona, 3 de desembre de 2013





www.metgesdecatalunya.cat

Número: 0341E/28184/2013

Data: 03/12/2013 09:03:11

Registre d'entrada

DATA 29 NOV 2013

ENTRADA

SORTIDA 609

## COMISSIÓ PERMANENT DE LA COMISSIÓ PARITARIA DE PREVENCIÓ DE RISCOS LABORALS

Cap de l'Àrea de Prevenció de Riscos  
Sra. Meritxell Herveros

Deput a la potenciació de les tasques informàtiques i en relació al programa ECAP (l'Estació clínica d'atenció primària) una eina de treball en continua evolució que va afegint noves funcions i per tan noves actualitzacions, utilitzat per tot el personal sanitari de primària.

### DEMANEM

Que a les avaluacions de salut relacionades amb riscos laborals, tant a l'inici com a les revisions periòdiques, s'ofereixi la valoració oftalmològica.

En l'actualitat només ens valorem l'agudesa visual amb les lletres de Snellen, las C de Landolt o el optotip E amb diferents orientacions.

### SOL·LICITEM

Que s'apliqui el protocol PG/VS/04 de vigilància de la salut per usuaris de pantalles de visualització de dades en la seva totalitat i les proves específiques a realitzar segons la NTP 174: exploració oftalmològica específica per a operadors de pantalles de visualització (PVD)

### Bibliografia:

1. Protocol PG / VS / 04 Titol: Procediment general de vigilància de la salut punt 6.1.3.1 vigilància de la salut específica. Estudi de l'avaluació de riscs i 6.1.3.3 Relació entre els riscos als quals està sotmesa la persona i els protocols que cal aplicar; 6.1.6 Promoció de la salut
2. la NTP 174: exploració oftalmològica específica per a operadors de pantalles de visualització (PVD)
3. REAL DECRETO 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización. BOE nº 97 23.04.1997 Artículo 4. Vigilancia de la salud "El empresario garantizará el derecho de los trabajadores a una vigilancia adecuada de su salud, teniendo en cuenta en particular los riesgos para la vista y los problemas físicos y de carga mental, el posible efecto añadido o combinado de los mismos, y la eventual patología acompañante. (...) protocolos que se elaboren, de conformidad con lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 37 del Real Decreto 35/1997, de 17 de enero..." Dicha vigilancia deberá ofrecerse a los trabajadores en las siguientes ocasiones: Antes de comenzar a trabajar con una pantalla de visualización. Posteriormente, con una periodicidad ajustada al nivel de riesgo a juicio del médico responsable. Cuando aparezcan trastornos que pudieran deberse a este tipo de trabajo. Cuando los resultados de la vigilancia de la salud a que se refiere el apartado 1 lo hiciese necesario, los trabajadores tendrán derecho a un reconocimiento oftalmológico".

Atentament,

Rosa M. Aleña  
Metges de Catalunya

Barcelona, 3 de desembre de 2013

P.O

Laura Olaveda

P.O

David Arribas

## Bibliografia

- *Aspectos éticos y médico-legales en la telemedicina: la consulta médica telefónica*, Tesis doctoral de Juan Antonio Sánchez Losada
- *Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia* [Editorial] - Prados Castillejo, J.A. *Atenció primària* 2013; 45 (3) : 129-132
- *Asistencia telefónica como sustituto de las consultas rutinarias de seguimiento*. *JAMA* 1992; 267: 1788-93. Wasson J et al.
- *Legal and Ethical aspects of Telemedicine. Telemedicine and malpractice*. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1998; 4: 2. Stanberry B.
- *Comunicación online en el sector salud. Valor de la infografía*. *El profesional de la información*, 2009, Julio-Agosto, v. 18, n. 4, pp. 413-420. González-Pacanowski, Toni; Medina, Pablo
- *La historia clínica: aspectos éticos y legales*. *Revista de calidad asistencial*, 2001, v. 16, pp. 66-68. Giménez-Pérez, Dolors
- *The clinician's perspective on electronic health records and how they can affect patient care*. *British medical journal*, 2004, v. 328, pp. 1184-1187. Walsh, Stephen H.
- *La doble faz de la técnica: informatización y confidencialidad en la historia clínica*. *Atenció primària*, 2004, v. 34, n. 3, pp. 115-116. Altisent-Trota, Rogelio; Delgado-Marroquín, María-Teresa

- *Principios Éticos de la Telemedicina*. Comité Permanente de Médicos Europeos, CP 97/33, Markku Aarimaa, 28 de noviembre de 1996
- *Forty years of Snomed: a literatura review*. BMC medical informatics and decision making, 2008, v. 8, Suppl. Cornet, Ronald; De-Keizer, Nicolette
- *Investigación y protección de datos de carácter personal: una aproximación a la ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica*. Revista española de protección de datos, 2006, v. 1, pp. 143-201. De-Miguel-Sánchez, Noelia
- *Informatización y confidencialidad de la historia clínica*. Grup de treball de bioètica de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Atenció primària, 2004, v. 34, n. 3, pp. 140-142
- *La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información*. Medicina clínica, 2002, v. 118, n. 1, pp. 18-37. Júdez, Javier; Nicolás, Pilar; Delgado, María-Teresa; Hernando, Pablo; Zarco, José; Granollers, Silvia
- Sentència núm. 429/2005, de 12 de desembre de 2005, de l'Audiència Provincial d'Astúries (secció 4a)
- Sentència núm. 106/2008, de 13 de març de 2008, de l'Audiència Provincial de Múrcia (secció 1a)