



Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



REVISIÓN

Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2)

C.M. Beltran-Aroca^{a,*}, M. González-Tirado^b y E. Girela-López^a

^a Sección de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^b Centro de Salud de Villafranca de Córdoba, Villafranca de Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 19 de mayo de 2020; aceptado el 19 de noviembre de 2020

Disponible en Internet el 28 de noviembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Problemas éticos;
Atención primaria;
SARS-CoV-2
(COVID-19);
Pandemia;
Telemedicina

Resumen Las emergencias de salud pública, como la que estamos viviendo con la pandemia originada por el coronavirus SARS-CoV-2, han originado trágicas limitaciones de recursos que impiden salvar vidas. Provocan tensiones en la atención sanitaria centrada en el paciente como eje del sistema en condiciones normales, y en la misma atención sanitaria en situaciones de emergencia originadas en la COVID-19. En esta revisión abordamos algunos de los problemas asistenciales, organizativos y éticos que este escenario ha provocado en la atención primaria, como: cancelación de actividades programadas; escasa atención domiciliaria y seguimiento de pacientes ancianos, enfermos crónicos e inmovilizados; desabastecimiento de EPI y exposición al riesgo de los profesionales sanitarios, y finalmente los problemas asociados a la telemedicina y a la atención telefónica a los pacientes.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ethical issues;
Primary care;
SARS-CoV-2
(COVID-19);
Pandemic;
Telemedicine

Ethical issues in primary care during the coronavirus (SARS-CoV-2) pandemic

Abstract Public health emergencies, such as the current SARS-CoV-2 coronavirus pandemic, have led to tragic resource constraints that prevent lives from being saved. This has led to tensions in patient-centered care as the backbone of the system in normal conditions and the same care in emergencies originating in the COVID-19. In this review we address some of the healthcare, organizational and ethical problems that this scenario has caused in primary care such as: cancellation of programmed activities; scarce home care and follow-up of elderly, chronically ill and immobilized patients; shortage of PPE and the exposure to risk of healthcare

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristinabeltran@uco.es (C.M. Beltran-Aroca).

professionals, and finally the problems associated with telemedicine and telephone attention to patients.

© 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Hace un año se describían los primeros casos de pacientes que fallecieron habiendo padecido una neumonía de causa desconocida en Wuhan (China), allá por diciembre de 2019, y parece que ha pasado una eternidad. Casi un mes después la OMS confirmó que se trataba de un virus de la familia coronavirus (denominación técnica: SARS-CoV-2), y desde entonces, gracias a su extremada capacidad de contagio, se ha extendido a casi todos los países del mundo, constituyendo una pandemia que a día de hoy cuenta con más de 47.930.397 casos confirmados a nivel mundial (1.328.832 en España) y más de 1.200.000 fallecidos en todo el planeta (38.833 en España)¹. Esta es una situación de crisis sanitaria mundial que ninguno de nosotros ha vivido con anterioridad. De pronto, un «bichito» de tan solo 100 nm ha puesto de rodillas a todo el sistema sanitario y al tejido social de nuestra sociedad moderna, y ha desvelado sus debilidades. La medicina actual ha experimentado grandes avances en conocimiento y en técnicas, pero un minúsculo virus nos ha despertado del sueño de estar por encima de cualquier contingencia. Ciertamente ha habido a lo largo de la historia pandemias que han diezmando a la población, como la peste de 1346 o la gripe española de 1918, pero estábamos tan confiados en nuestro estatus hipertecnológico que, una vez más, esta enfermedad emergente ha sido un aldabonazo que modificará la medicina y la forma de ejercerla (con un papel destacado de la telemedicina), nuestra forma de vivir, y quién sabe si incluso hasta nuestra manera de ser.

Estamos en situación de guerra, y el sistema sanitario y sus profesionales son el ejército que combate, y siguiendo este símil, podríamos decir que la atención primaria, como primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema sanitario², es la trincheras. Vaya por delante nuestro reconocimiento más sentido a todos los profesionales sanitarios contagiados y fallecidos, cuyo número es también escalofriante, siendo España, con diferencia, el país del mundo con más profesionales sanitarios contagiados por el coronavirus, según los datos oficiales disponibles. Un informe publicado el 23 de abril por el Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades destaca que el 20% de los casos registrados en España afectan a este colectivo (mayoritariamente de atención primaria y urgencias), en comparación con el 10% de Italia o el 3% de Estados Unidos³.

La ausencia de un tratamiento efectivo o de una vacuna, combinada con el crecimiento exponencial de las infecciones a partir de febrero de este año, ha originado que numerosos países tengan que implementar medidas no farmacológicas, como el confinamiento en domicilio, la

distancia social, el cierre de centros educativos y de espacios públicos, y recomendaciones de extremar las medidas de higiene (lavado de manos y uso de mascarillas). Y todo esto, además, ha pillado «desprevenido» al sistema, que no disponía de recursos suficientes para atender a una población crecientemente infectada: camas hospitalarias, plazas de UCI con respiradores, equipos de protección individual (EPI), etc.

Si bien todos los recursos sanitarios son finitos, las emergencias de salud pública pueden originar trágicas limitaciones de recursos que impidan salvar vidas que, en condiciones normales, podrían salvarse. Hay una tensión entre el enfoque de atención sanitaria centrado en el paciente en condiciones normales y el enfoque adoptado en estas nuevas condiciones de emergencia. Sin embargo, en una emergencia de salud pública los sanitarios que tienen que responder primero (y esto aplica fundamentalmente a la atención primaria) necesitan reglas claras a seguir. Por ejemplo, protocolos de triaje, que ayuden a priorizar rápidamente a los pacientes para ofrecer diferentes niveles de atención en función de sus necesidades y de su capacidad para responder al tratamiento dadas las limitaciones de recursos. Si estas reglas parecen injustas o causan un mayor sufrimiento y angustia a los pacientes, entonces la carga sobre los sanitarios será insostenible⁴.

Es evidente que la situación mundial de desabastecimiento y la elevada demanda por parte de todos los países han provocado una falta alarmante de material de primera necesidad para diagnosticar o tratar a algunos de estos pacientes (camas de UCI, respiradores, EPI, test de detección PCR para el diagnóstico de confirmación de la infección o test serológicos de anticuerpos). En ese contexto, se han elaborado multitud de informes, planes de contingencia y recomendaciones éticas por parte de organismos internacionales y nacionales⁵, sociedades científicas^{6,7}, organizaciones colegiales^{8,9}, el Comité de Bioética de España¹⁰ y otros comités de ética autonómicos^{11,12}. Por cierto, aunque todos con la intención de ayudar y orientar ante la atención sanitaria y la toma de decisiones en esta situación de emergencia, no siempre han sido plenamente convergentes.

Por otra parte, no en todos los niveles de asistencia sanitaria se plantean los mismos problemas éticos. Cada especialidad médica tiene sus propios dilemas éticos; a nivel de atención primaria normalmente no se tiene que decidir si un paciente es o no candidato al trasplante de órganos, o si debe ingresarse o no en la UCI, si se desconecta o no de un respirador automático a un paciente con ventilación asistida y escasas probabilidades de recuperación¹³. Pero en atención primaria se han planteado muchos otros problemas

asistenciales, organizativos y éticos que vamos a abordar brevemente, aunque profundizaremos más en la aplicación de la telemedicina.

Desde nuestro punto de vista, los problemas éticos más importantes que se han planteado son: cancelación de actividades programadas, escasa atención domiciliaria y seguimiento de pacientes ancianos, enfermos crónicos e inmovilizados, etc., escasez de EPI y test serológicos rápidos, protocolos cambiantes cada pocos días, gestión de informes o incapacidad temporal para pacientes «de riesgo» según demanda del propio paciente o de los médicos de empresa o prevención de riesgos laborales, dificultad para bajas laborales de los propios profesionales sanitarios infectados o en contacto con caso positivo sin EPI, y finalmente todos los problemas asociados a la telemedicina y a la atención telefónica a los pacientes.

Cancelación de actividades programadas y olvido de pacientes ancianos y crónicos

Para poder gestionar la gran demanda de atención sanitaria se han creado circuitos diferenciados (pacientes sospechosos con síntomas respiratorios y pacientes no sospechosos), primando la atención telefónica y no recomendándose la consulta presencial, salvo en los casos que se considerasen imprescindibles. Ello ha conllevado en muchos casos la desatención o el insuficiente seguimiento de pacientes crónicos, ancianos, que ha generado un daño real a algunos pacientes y muchos conflictos de conciencia en los profesionales sanitarios de atención primaria. La demora en la atención o seguimiento de los enfermos en algunos casos ha ido en detrimento de la seguridad del paciente, a veces incluso en situaciones tan importantes como la asistencia a enfermos de cuidados paliativos.

Según una encuesta llevada a cabo por la OMS en 163 países durante un periodo de 3 semanas en mayo de 2020, la atención a las personas que padecen enfermedades no transmisibles se ha visto «gravemente perturbada» desde que comenzó la pandemia de coronavirus, confirmando ese impacto de forma global, aunque más acusado en países pobres. Más de la mitad (53%) de los países estudiados han interrumpido parcial o totalmente los servicios de tratamiento de la hipertensión; el 49% los de la diabetes y sus complicaciones; el 42% los de tratamientos del cáncer, y el 31% los de emergencias cardiovasculares. Además, los servicios de rehabilitación se han interrumpido en casi dos tercios (63%) de los países¹⁴. En nuestro país podríamos ejemplificar con algunos casos, de los que puede ser paradigmático el de Sonia Sainz-Maza, de 48 años, que falleció el pasado agosto por un grave tumor. No consiguió nunca una cita presencial durante los 3 meses en que lo estuvo intentando con el médico de su centro de salud de un pueblo de Burgos, y obtuvo un diagnóstico muy tardío que impidió iniciar a tiempo algún tratamiento¹⁵.

Un capítulo aparte merecería la atención sanitaria que se ha prestado a los ancianos que se encuentran en residencias. No todas las residencias están medicalizadas, dependiendo de la atención que prestan los profesionales de la atención primaria. Su gestión varía de unas comunidades autónomas a otras, y en muchos casos desde un punto de vista sanitario. Los pacientes pluripatológicos crónicos en residencias

han estado desatendidos en esta situación de emergencia, y al tener una mayor susceptibilidad a las formas graves de infección por coronavirus han fallecido en mucha mayor proporción que otros colectivos: el 86% de los fallecidos son mayores de 70 años¹⁶. Tal y como recoge el Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica, no es tolerable una situación de discriminación en la atención sanitaria recibida en función de la edad cronológica. De hecho, algunos informes de comités de bioética inciden en este aspecto^{10,17}. De acuerdo con los mencionados informes, la edad en años nunca puede ser el único criterio a tener en cuenta. Excluir a pacientes del acceso a determinados recursos asistenciales o a determinados tratamientos, por ejemplo, por razón únicamente de una edad avanzada, resulta contrario, por discriminatorio, a los fundamentos mismos de nuestro estado de derecho (art. 14 de la Constitución Española)¹⁶. Además, ningún protocolo de priorización puede ser interpretado o utilizado como un argumento para diluir la reflexión y la deliberación ética que conlleva una toma de decisiones como las que tiene lugar cuando los recursos son escasos y en un contexto de máxima tensión¹⁰.

Las personas vulnerables quedan en una situación de aún mayor vulnerabilidad durante una pandemia. Es de especial relevancia tener presente la vulnerabilidad relacionada con la pobreza, la discriminación, el género, las enfermedades, la pérdida de autonomía o de funcionalidad, la edad avanzada, la discapacidad, el origen étnico, el encarcelamiento (presos), la migración indocumentada y la condición de refugiado y de apátrida⁵. El Comité de Bioética de España ha llamado la atención sobre el impacto enormemente negativo que está teniendo en estos momentos sobre algunas personas con discapacidad la suspensión de determinadas terapias que dichas personas necesitan para avanzar en su calidad de vida y desarrollo personal, y cuya interrupción durante un período más o menos largo puede significar para ellas un retroceso grave. La prioridad en la atención del coronavirus no puede ser un motivo por sí solo para que deje de prestarse a las personas con discapacidad la atención terapéutica que precisan¹⁰.

Desabastecimiento de EPI, test diagnósticos rápidos y exposición de riesgo de los profesionales sanitarios

La alta demanda de EPI y de test serológicos de anticuerpos o PCR para poder efectuar diagnósticos certeros ante una avalancha de infecciones por un agente patógeno desconocido hasta hace bien poco ha originado una situación de escasez mundial que ha dificultado el abastecimiento en cantidades mínimamente suficientes para proveer a la población en general, y a los sanitarios en particular. Tener que afrontar la atención a los pacientes sin EPI adecuados, y cuyo suministro ha sido deficitario ha sido realmente una ardua tarea. Resulta alarmante constatar cómo se fabrican EPI con bolsas de basura o se solicitan trajes fitosanitarios a agricultores. De hecho, y a raíz de las demandas presentadas ante los tribunales por distintos sindicatos de sanitarios, el 3 de junio de 2020 se produjo la primera sentencia contra las administraciones públicas, por parte del Juzgado de lo Social de Teruel, que estimaba la demanda presentada por el sindicato FASAMET contra la Diputación General de Aragón (DGA), el

Servicio Aragonés de Salud (SAS) y el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) y condena a estas administraciones a proporcionar los EPI adecuados a los (empleados públicos) sanitarios del grupo de clasificación A, en todos los centros sanitarios, unidades sanitarias, centros sociosanitarios o sociales, públicos, concertados y privados intervenidos, dirigidos o coordinados, de la provincia de Teruel, y especifica que estos equipos deben ser los adecuados ante los riesgos de exposición al agente biológico virus SARS-CoV-2 y ante el riesgo de contagio o infección que pueda llevar a desarrollar la enfermedad COVID-19¹⁸. Con posterioridad se han sucedido más sentencias en el mismo sentido.

Debido a estas razones, los profesionales sanitarios en general, pero particularmente los de atención primaria y urgencias, han resultado contagiados en proporciones altísimas, siendo nuestro país el que se lleva la peor estadística en este aspecto³. Según la Ley de Prevención de Riesgos laborales el médico, como cualquier trabajador, tiene derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, y es deber del empresario o de la Administración proveer de los medios de protección frente a los riesgos laborales (art. 14), teniendo el trabajador derecho a interrumpir su actividad si existe un riesgo grave e inminente para su salud (art. 21). Además, dicha Ley traslada al trabajador la obligación de velar por el cumplimiento de las medidas de prevención, no solo en su beneficio, sino en el de las personas a las que pueda afectar su actividad profesional, y si existe riesgo para la salud, debe informar de inmediato a su superior jerárquico directo, a los designados en actividades de protección y prevención o al servicio de prevención¹⁹. Por otro lado, los trabajadores tienen reconocidos y protegidos unos derechos fundamentales y, desde luego, «a la protección de su salud», tanto que el Código Penal tipifica como delito la conducta de los empresarios responsables «al poner a los trabajadores en situación de riesgo por no proporcionarles las medidas de protección establecidas como necesarias y básicas»²⁰.

En ese sentido, el informe sobre aspectos éticos realizado por el Ministerio de Sanidad¹⁶ en su recomendación decimo-segunda establece que «debe garantizarse la disponibilidad de EPI homologados por parte de todos los colectivos profesionales implicados en la lucha en primera línea contra la pandemia SARS-CoV-2», aunque es evidente que no se ha cumplido dicha recomendación por parte de las autoridades sanitarias.

La atención a pacientes con enfermedad COVID-19 sin las debidas medidas de protección convierte a los profesionales sanitarios no solamente en una población de alto riesgo para infectarse, sino también en agentes vectores del virus que transmitan la enfermedad a otros profesionales sanitarios y pacientes. Resulta evidente que atender a pacientes con la mera posibilidad de transmitirles el virus SARS-CoV-2 es una actitud manifiestamente contraria al principio de no maleficencia. No obstante, el Código de Deontología Médica⁸ establece: «El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario».

Siguiendo la tradición médica, el Código pide heroísmo a los médicos, pero no conviene olvidar que la tarea del

héroe no es inmolarse. En este sentido, permite que el médico, ante situaciones de riesgo vital inminente e inevitable para su persona, como el hecho de carecer de los debidos medios de protección ante pacientes gravemente afectados por COVID-19, pueda abstenerse de actuar⁸. Al médico le pueden imponer un riesgo particular, como se le impone al bombero, que no se puede negar a apagar un fuego por el temor a quemarse, pero el bombero se puede negar a entrar en el foco del incendio sin traje de protección y sin manguera. El médico se puede negar si existe un riesgo que, por otra parte, se podría subsanar si el principal adoptara las medidas, que debe y puede.

La Deontología no obliga a los médicos a poner en riesgo su seguridad, su salud y su vida. Son profesionales que tienen el deber de mantenerse saludables (está mencionado expresamente en la última actualización de la Declaración de Ginebra)²¹ porque la población los necesita. Ante la carencia de medios de protección, si la actividad asistencial es programada y, por tanto, potencialmente demorable, y siempre que la situación omisiva no genere un riesgo para la salud del paciente, el profesional puede negarse a actuar amparado en una situación de riesgo, hecho que debe anotar en la historia y trasladar a su superior jerárquico. Pero si la actividad médica asistencial es urgente, se carece de medios de protección y la omisión de la actividad asistencial puede comportar un grave riesgo para la salud del paciente, se abre un abanico de posibilidades. Cada caso exige realizar una valoración clínica, que primará en función del riesgo/beneficio, legal y ético-deontológica específica. Ahora bien, el médico sin medios de protección, cuando aprecie riesgo vital inminente e inevitable hacia su persona, tiene base legal y deontológica para abstenerse de actuar. Pero la realidad nos muestra que los médicos, lejos de acogerse a preceptos legales o deontológicos que pudieran eximirles de intervenir, vienen adoptando libremente criterios éticos que les honran, no abandonando a los pacientes exponiendo su salud y sus vidas de modo heroico. No obstante, la decisión final será siempre personal y el médico se encontrará solo ante su conciencia y su nivel de compromiso con el paciente⁹.

Telemedicina y su aplicación en atención primaria

La telemedicina se define como la prestación de un servicio de asistencia médica llevado a cabo por profesionales sanitarios a través de las tecnologías de la información y comunicación cuando la distancia se convierte en un factor crítico. Su finalidad es proporcionar atención clínica al paciente, prevenir enfermedades y lesiones, y educar en salud a pacientes y profesionales^{22,23}.

La implantación de la telemedicina en atención primaria

La implantación de la telemedicina en atención primaria está llamada a desempeñar un papel muy importante, favorecedora de la integración de servicios y actividades y con repercusiones significativas en las necesidades y la distribución de los recursos humanos del sistema. La transmisión a distancia de datos e imágenes y la posibilidad de interacción

de diferentes profesionales disminuye los desplazamientos de los pacientes y acelera los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. El desarrollo exponencial de estas tecnologías está permitiendo la implantación de nuevas modalidades asistenciales (teleasistencia) a distancia a través del correo electrónico o de la conexión con imagen entre el profesional y el paciente²⁴.

Las aplicaciones de la telemedicina son muy numerosas. Entre ellas se incluyen, además de la atención a los procesos asistenciales, el apoyo a la continuidad asistencial, la información a los usuarios o la formación de profesionales²⁵. Trabajos previos han descrito específicamente su potencial en emergencias de salud pública y grandes catástrofes²⁶. En la distancia ayuda a resolver problemas clínicos y también proporciona medidas de salud pública, minimizando los problemas logísticos y de seguridad asociados a la prestación de la asistencia médica^{27,28}.

Existen diferentes servicios de telemedicina basados en consultas a través del teléfono, el correo electrónico o la videoconferencia. En algunos casos, además de la consulta médica, se incluye la telemonitorización domiciliaria, una práctica más sofisticada que permite intervenir de forma activa y que ha demostrado resultados muy satisfactorios^{29,30}. En general, se trata de una práctica que se ha ido implementando a nivel mundial, y en países como Estados Unidos, Reino Unido, Australia o Canadá se ha desarrollado especialmente en atención primaria incluso entre diferentes profesionales sanitarios³¹. En España, en un primer momento la función de la telemedicina en el ámbito de la atención primaria ha estado especialmente centrada en salvar las distancias y los tiempos de espera con la atención especializada (tele dermatología)³². Posteriormente se han llevado a cabo diversos proyectos sobre telemonitorización en pacientes crónicos en su domicilio (enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, diabetes), observándose resultados muy alentadores que muestran un mejor control de la patología, menor número de visitas al centro de salud y servicios de urgencias, así como también una reducción de ingresos hospitalarios^{33,34}.

Situación actual de la telemedicina ante la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)

Los servicios de telemedicina resultan adecuados para manejar los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud en respuesta a brotes de enfermedades infecciosas, como el producido por SARS-CoV-2³⁵. Se ha demostrado que no solo reducen la exposición humana entre profesionales sanitarios y pacientes, sino que reducen la propagación comunitaria y nosocomial³⁶, proporcionan tranquilidad y orientan a los pacientes facilitando el acceso universal a la atención sanitaria especialmente en aquellas áreas donde este resulta más difícil³⁷. En el caso concreto de China se ha observado una mayor tasa de mortalidad por COVID-19 en las poblaciones que disponían de una menor accesibilidad a servicios de telemedicina³⁸. A nivel mundial se ha convertido en una herramienta esencial no solo a nivel de atención primaria³⁹, sino también en otras especialidades⁴⁰⁻⁴², y de manera básica para la asistencia de pacientes especialmente vulnerables en áreas como oncología o cuidados paliativos^{43,44}.

En España se han publicado las correspondientes guías de actuación para el manejo de casos de COVID-19 en atención primaria, en las que se establece la comunicación mediante, fundamentalmente, contacto telefónico del posible caso⁴⁵. Tales indicaciones son de aplicación en todo el territorio nacional, aunque además cada comunidad autónoma específica las diferentes recomendaciones no solo respecto a los casos de COVID-19, sino también al manejo del resto de pacientes con diversas patologías. En el supuesto de Andalucía, los pacientes realizan una solicitud de asistencia con los profesionales de medicina de familia, enfermería y pediatría, mediante consulta telefónica al centro de atención primaria. Posteriormente, el profesional asignado realiza la llamada para atender la solicitud y en caso necesario indica la realización de una consulta presencial. En los casos de personas en situaciones crónicas y vulnerables se realiza también seguimiento mediante asistencia telefónica para valorar su situación general, los aspectos relacionados con sus problemas de salud de base y recomendar medidas de prevención ante la posibilidad de contagio de COVID-19. En este tipo de pacientes el control resulta esencial para prevenir el agravamiento de problemas de salud previos y garantizar que no aparezcan problemas colaterales⁴⁶.

Aspectos éticos del uso de la telemedicina en la atención primaria

El uso de la telemedicina en atención primaria muestra cuantiosos beneficios en la atención al paciente. Sin embargo, resulta preceptivo considerar los problemas éticos asociados descritos por la Asociación Médica Mundial (WMA)⁴⁷ y otros trabajos previos⁴⁸. Señalamos los siguientes aspectos:

a. Relación médico-paciente

El Código de Deontología Médica español señala como ineludible el contacto personal entre médico y paciente, y considera contrario a las normas deontológicas el ejercicio de la telemedicina de forma exclusiva⁸. En particular lo que se plantea es la puesta en peligro de la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención, pudiendo llegar a debilitar la relación médico-paciente⁴⁸. La empatía y la confianza que se generan entre ambas partes son resultado de las señales visuales y del lenguaje corporal, ambos inexistentes en la asistencia telefónica⁴⁹. La atención primaria se caracteriza por una relación de proximidad y conocimiento del paciente desde un punto de vista clínico y psicosocial, especialmente para los enfermos que precisan seguimiento. Sin embargo, también supone una dificultad añadida para los pacientes que precisan asistencia médica por primera vez, o la reciben de un médico de familia diferente al asignado debido a la reorganización de los equipos ocasionada por la situación actual⁵⁰. La telemedicina no es un fin en sí misma. Se debe considerar como otra herramienta para mejorar la atención y el tratamiento de los pacientes⁵¹. Además, la pandemia coloca a los profesionales sanitarios de atención primaria bajo una enorme presión en el ámbito laboral y emocional, debido a que constituyen la primera barrera en la línea asistencial. Si bien es cierto que la telemedicina no puede reemplazar la atención del paciente en persona, puede resultar beneficiosa a la hora de reducir carga de

trabajo y optimizar tiempos⁵². Aun así, toca ahora recomponer progresivamente las consultas presenciales, que son imprescindibles para recuperar la relación médico-paciente y para mejorar la calidad asistencial.

b. Autonomía del paciente y consentimiento informado

Para que una acción sea calificada como autónoma debe ser intencional, informada y libre de coerción⁵³. Hay autores que sostienen que la ausencia de interacción y contacto personal con el paciente pueden colocarlo en una situación más pasiva⁵⁴. El uso de la tecnología puede suponer una carga excesiva para un paciente vulnerable que no tenga un conocimiento apropiado sobre su uso y sus implicaciones. Se deshumaniza la relación y convierte al paciente en un objeto, llegando a afectar a su dignidad humana⁵¹. La relación con el paciente se establece definitivamente cuando ante una consulta relacionada con el ámbito de la salud, el médico acepta realizar el diagnóstico y el tratamiento del paciente, y este acepta ser tratado independientemente de si la asistencia ha sido presencial o no⁵⁵.

Un consentimiento informado adecuado requiere que el proceso de información al paciente sea exhaustivo²⁹. En el contexto de la telemedicina los pacientes deben ser informados no solo sobre cuestiones médicas y opciones de tratamiento, sino también sobre algunas de las características distintivas que presenta este tipo de asistencia⁵⁶. Se incluye el funcionamiento del servicio en cuanto a la solicitud de asistencia o la demora en el contacto por la carga asistencial, y también la forma en la que se va a llevar a cabo la prescripción de un fármaco, las limitaciones que supone una consulta telefónica a la hora del diagnóstico y la coordinación con otros equipos, respetando finalmente la decisión del paciente⁴⁷. Esto le supone al médico un nuevo reto añadido a la presión ocasionada por las circunstancias y ante el que además puede que no haya tenido tiempo suficiente para adaptarse. Se trata de desarrollar nuevas habilidades para guiar al paciente en una nueva forma de atención clínica a la hora de realizar una interpretación crítica del resultado de una prueba diagnóstica, o la indicación de un tratamiento, lo que supone en definitiva el acompañamiento en la toma de decisiones respecto a su estado de salud⁵⁷.

c. Calidad en la atención

La telemedicina es considerada como una forma de asistencia efectiva y eficiente que en situaciones como la actual optimiza los servicios de atención clínica al paciente y minimiza la transmisión infecciosa de COVID-19⁵⁸. A pesar de ello, se reconoce que nunca contará con los matices humanos de juicio y comunicación presentes en un examen físico del paciente. En tiempos de COVID-19 es algo que se asume y se acepta⁵⁹.

El Colegio Americano de Médicos (ACP) señala que cuando el médico utiliza la telemedicina no existe contacto directo con el paciente, e incluso a veces no ha habido una relación previa, por lo que se deben adoptar las medidas adecuadas para cumplir los estándares de atención clínica, igual que si la consulta fuera presencial⁶⁰. Para ello, la WMA recomienda el uso regular de medidas de evaluación de la calidad de la atención, asegurando un mejor diagnóstico y trata-

miento y siguiendo las normas de práctica médica basada en la evidencia⁴⁷.

d. Brecha digital y dificultades de acceso

La telemedicina facilita el acceso a la atención médica, pero aunque resulte irónico, al mismo tiempo en cierto modo puede dificultarlo de forma selectiva. Nos encontramos ante la denominada «brecha digital» que separa a todos aquellos que no pueden hacer uso de la tecnología. El contacto no siempre resulta factible, ya que no todos los pacientes disponen de conexión a internet o de los dispositivos electrónicos necesarios para ello⁶¹, considerando además el caso de ancianos o personas con menor formación y habilidades tecnológicas⁵⁷.

Es un recurso utilizado de forma universal, aunque con mayor dificultad de acceso en los países en vías de desarrollo²². En este sentido resulta llamativo que en Europa países como Italia, con una de las mayores cargas virales de COVID-19 a nivel mundial, no incluyeran la telemedicina para todos los ciudadanos en los niveles más esenciales de asistencia sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud⁶². En España la telemedicina se ha estado llevando a cabo mediante llamadas telefónicas, tanto en la atención primaria como en la especializada. Existen antecedentes con resultados satisfactorios⁶³, ya que a pesar de ser un servicio básico que no permite la visualización o monitorización de los pacientes, resulta efectivo como medida de distanciamiento social asegurando la atención del paciente⁴².

e. Derecho a la intimidad y a la protección de datos y deber de confidencialidad

Cuando la asistencia sanitaria no sea presencial, el derecho a la intimidad del paciente no puede resultar menoscabado, y para garantizarlo se debe proceder a la identificación mutua entre el profesional sanitario y el enfermo⁸. La telemedicina ha puesto de manifiesto entre sus debilidades la confidencialidad del paciente⁶⁴. Se recomienda comenzar la consulta verificando su identidad y, si no es conocido, solicitar una serie de datos identificativos (nombre y apellidos, fecha de nacimiento, DNI o número de la tarjeta de la Seguridad Social)⁶⁴. A pesar de que el médico de atención primaria tenga habitualidad con sus pacientes, comprobar el nombre o incluso intentar reconocer la voz son métodos poco fiables, puesto que las propiedades acústicas de la voz se modifican sobremanera⁶⁵. Supuestos como dejar mensajes en el contestador a la espera de devolver la llamada o proporcionar información a un familiar sin identificación posibilita que personas no autorizadas puedan obtener información confidencial con facilidad. Por otra parte, negarse de forma categórica a facilitar información por teléfono puede vulnerar el derecho de una persona que sí tenga acceso legítimo a la misma⁶⁶. En la literatura se plantean como soluciones posibles, en el caso concreto de las llamadas telefónicas, el uso de contraseñas preestablecidas solo conocidas por las personas autorizadas por el paciente⁶⁷.

f. Responsabilidad del personal sanitario

Se considera acorde a la deontología el uso de la telemedicina como un sistema de orientación y ayuda en la toma de decisiones⁸. Sin embargo, la pandemia obliga a su uso extendido, por lo que la atención clínica no debería verse

comprometida respecto al derecho a recibir asistencia sanitaria, ni tampoco en cuanto se refiere a la seguridad del paciente⁶⁸. La situación de necesidad generada por la pandemia ha obligado al médico a ser especialmente proactivo en cuanto a su propia protección frente a responsabilidades, por lo que se recomienda ser especialmente cuidadoso en el registro de la asistencia prestada⁶⁰. Ante las posibles responsabilidades surgidas es necesario detallar la información aportada por el paciente, su comprensión sobre las indicaciones facultativas respecto al diagnóstico o prescripción terapéutica, así como su participación y aceptación en la toma de decisiones⁴⁷. En los casos de mayor riesgo o que supongan una situación de urgencia se recomienda contemplar la posibilidad de visitar al paciente, incluyendo la derivación a los servicios de urgencias si fuera necesario⁵⁸.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, Gobierno de España. Enfermedad por nuevo coronavirus, COVID-19. Situación actual, 2020 [consultado 7 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/situacionActual.htm>.
- Altisent Trota R, Martín Espildora MN, Serrat Moré D. Ética y medicina de familia. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J, editores. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 7.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 260–77.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK – ninth update, 2020 [consultado 18 May 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>.
- Bertlinger N, Wynia M, Powell T, Hester DM, Milliken A, Fabi R, et al. Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice: The Hastings Center, 2020 [consultado 17 May 2020]. Disponible en: <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>.
- UNESCO International Bioethics Committee (IBC), UNESCO World Commission on the Ethics of Scientific Knowledge and Technology (COMEST). Statement on Covid-19: Ethical Considerations from A Global Perspective, 2020 [consultado 18 May 2020]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373115_spa.
- Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia covid-19 en las unidades de cuidados intensivos (SEMICYUC), 2020 [consultado 18 May 2020]. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf.
- Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor (SEDAR). Marco Ético Pandemia COVID 19, 2020 [consultado 16 May 2020]. Disponible en: https://www.sedar.es/images/site/NOTICIAS/coronavirus/Marco_etico_coronavirus.pdf.
- Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica. Madrid: OMC; 2011.
- Comisión Andaluza de Deontología Médica. Informe respecto a la obligación ética y deontológica del facultativo médico a actuar sin las medidas de prevención adecuadas en la situación actual de pandemia por SARS-CoV-2 en una actividad médica asistencial, 2020 [consultado 16 May 2020]. Disponible en: <https://cacm.es/wp-content/uploads/2020/03/INFORME-CACM-FALTA-MEDIOS-COVID19-27.03.2020.pdf>.
- Comité de Bioética de España. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos bioéticos de la priorización de recursos sanitarios en el contexto de la crisis del coronavirus, 2020 [consultado 16 May 2020]. Disponible en: <http://assets.comitedeioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>.
- Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias. Reflexiones éticas para una situación de emergencia: COVID-19, 2020 [consultado 18 May 2020]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/0/Reflexiones-eticas+Covid19+CABEPA+31032020+%281%29.pdf/0a1f768e-25e0-7ba9-13c7-58e91d2c40fc>.
- Consello de Bioética de Galicia. Crisis sanitaria causada por el COVID-19. Algunas consideraciones éticas, 2020 [consultado 18 May 2020]. Disponible en: <https://www.sergas.es/Bioetica/Consello-de-Bioetica-de-Galicia-Documentacion-CBG-CGB?idioma=es>.
- Morata García de la Puerta IJ. Análisis de dilemas éticos en atención primaria. Medicina de Familia (And). 2000;1:89–93.
- World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: Results of a rapid assessment, 2020 [consultado 21 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>.
- Diario de Castilla y León. Fallece de cáncer sin lograr una sola cita presencial con su médico, 2020 [consultado 21 Oct 2020]. Disponible en: <https://diariodecastillayleon.elmundo.es/articulo/burgos/fallece-cancer-lograr-sola-cita-presencial-medico/20201003205215017040.html>.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de España. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2, 2020 [consultado 18 May 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/AspectosEticos.en.situaciones.de_pandemia.pdf.
- Comisión de Bioética de Castilla y León. Consideraciones éticas de la Comisión de Bioética de Castilla y León en relación con las medidas terapéuticas a seguir en las residencias de carácter social (RRCS) durante la pandemia COVID-19, 2020 [consultado 15 May 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/ultimas-novedades/actualizado-documento-consideraciones-eticas-comision-bioet>, 15,15.
- Sentencia del Juzgado de lo Social de Teruel 1544/2020 (Sección 1.^a), de 3 de junio de 2020.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, 10/11/1995.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281, 24/11/1995.
- World Medical Association. Declaration of Geneva. Amended by the 68th WMA General Assembly, 2017 [consultado 15

- May 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-gene-va/>.
22. World Health Organization. W. Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth Global Observatory for eHealth Series, 2010 [consultado 10 May 2020]. Disponible en: https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf.
 23. Bashshur RL. On the definition and evaluation of telemedicine. *Telemed J.* 1995;1:19–30.
 24. Martin Zurro A. Organización de las actividades en Atención Primaria: el centro y el equipo de salud. En: Martin Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badía J, editores. *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia.* 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 14–29.
 25. Prados Castillejo JA. Telemedicine, also a tool for the family doctor. *Aten Primaria.* 2013;45:129–32, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.07.006>.
 26. Llewellyn CH. The role of telemedicine in disaster medicine. *J Med Syst.* 1995;19:29–34.
 27. Ajami S, Lamoochi P. Use of telemedicine in disaster and remote places. *J Educ Health Promot.* 2014;3:26, <http://dx.doi.org/10.4103/2277-9531.131886>.
 28. Lurie N, Carr BG. The role of telehealth in the medical response to disasters. *JAMA Intern Med.* 2018;178:745–6, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.1314>.
 29. Bauer KA. Home-based telemedicine: A survey of ethical issues. *Camb Q Healthc Ethics.* 2001;10:137–46, <http://dx.doi.org/10.1017/S0963180101002043>.
 30. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;9, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002098.pub2>. Cd002098.
 31. Kaminsky E, Roing M, Bjorkman A, Holmstrom IK. Telephone nursing in Sweden: A narrative literature review. *Nurs Health Sci.* 2017;19:278–86, <http://dx.doi.org/10.1111/nhs.12349>.
 32. Monteagudo-Peña JL. Telemedicine and primary care. *Aten Primaria.* 2009;41:129–30, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.001>.
 33. Martin-Lesende I, Orruno E, Bilbao A, Vergara I, Cairo MC, Bayon JC, et al. Impact of telemonitoring home care patients with heart failure or chronic lung disease from primary care on healthcare resource use (the TELBIL study randomised controlled trial). *BMC Health Serv Res.* 2013;13:118, <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-118>.
 34. Orozco-Beltran D, Sanchez-Molla M, Sanchez JJ, Mira JJ. Telemedicine in primary care for patients with chronic conditions: The ValCronic quasi-experimental study. *J Med Internet Res.* 2017;19:e400, <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.7677>.
 35. Rockwell KL, Gilroy AS. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care.* 2020;26:147–8, <http://dx.doi.org/10.37765/ajmc.2020.42784>.
 36. Hollander JE, Carr BG. Virtually perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382:1679–81, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2003539>.
 37. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1177/1357633X20916567>.
 38. Ji Y, Ma Z, Peppelenbosch MP, Pan Q. Potential association between COVID-19 mortality and health-care resource availability. *Lancet Glob Health.* 2020;8:e480, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30068-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30068-1).
 39. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: A call to action. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6:e18810, <http://dx.doi.org/10.2196/18810>.
 40. Loeb AE, Rao SS, Ficke JR, Morris CD, Riley LH, Levin AS. Departmental experience and lessons learned with accelerated introduction of telemedicine during the COVID-19 crisis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2020, <http://dx.doi.org/10.5435/JAAOS-D-20-00380>.
 41. Shanthanna H, Strand NH, Provenzano DA, Lobo CA, Eldabe S, Bhatia A, et al. Caring for patients with pain during the COVID-19 pandemic: Consensus recommendations from an international expert panel. *Anaesthesia.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1111/anae.15076>.
 42. Gadzinski AJ, Gore JL, Ellimoottil C, Odisho AY, Watts KL. Implementing telemedicine in response to the COVID-19 pandemic. *J Urol.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1097/JU.0000000000001033>.
 43. Al-Shamsi HO, Alhazzani W, Alhuraiji A, Coomes EA, Chermaly RF, Almuhan M, et al. A practical approach to the management of cancer patients during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: An international collaborative group. *Oncologist.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0213>.
 44. Calton B, Abedini N, Fratkin M. Telemedicine in the time of coronavirus. *J Pain Symptom Manage.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.019>.
 45. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Gobierno de España. Manejo en atención primaria del COVID-19, 2020 [consultado 12 May 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos.htm>.
 46. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Coronavirus SARS-CoV-2: Información y protocolos asistenciales. Reorganización de actividades sanitarias: Servicio Andaluz de Salud, 2020 [consultado 14 May 2020]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/salud-publica/coronavirus-sars-cov-2-informacion-y-protocolos-asistenciales>.
 47. The World Medical Association. Declaración de la AMM sobre la Ética de la Telemedicina, 2018 [consultado 13 May 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-la-amm-sobre-la-etica-de-la-telemedicina/>.
 48. Fleming DA, Riley SL, Boren S, Hoffman KG, Edison KE, Brooks CS. Incorporating telehealth into primary care resident outpatient training. *Telemed J E Health.* 2009;15:277–82, <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2008.0113>.
 49. Adams C. Goals of care in a pandemic: Our experience and recommendations. *J Pain Symptom Manage.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.018>.
 50. Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8:1489–91, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.008>.
 51. Clark PA, Capuzzi K, Harrison J. Telemedicine: Medical, legal and ethical perspectives. *Med Sci Monit.* 2010;16:Ra261–72.
 52. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Dooghaie Moghadam A, Farokhi E, Rezaei N. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *J Clin Virol.* 2020;126:104345, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104345>.
 53. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* 7th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
 54. Kaplan B, Litewka S. Ethical challenges of telemedicine and telehealth. *Camb Q Healthc Ethics.* 2008;17:401–16, <http://dx.doi.org/10.1017/S0963180108080535>.
 55. Daniel H, Sulmasy LS. Policy recommendations to guide the use of telemedicine in primary care settings: An American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med.* 2015;163:787–9, <http://dx.doi.org/10.7326/M15-0498>.
 56. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K. Ethical practice in telehealth and telemedicine. *J Gen Intern Med.* 2017;32:1136–40, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-017-4082-2>.

57. Newton MJ. The promise of telemedicine. *Surv Ophthalmol.* 2014;59:559–67, <http://dx.doi.org/10.1016/j.survophthal.2014.02.003>.
58. Lee I, Kovarik C, Tejasvi T, Pizarro M, Lipoff JB. Telehealth: Helping your patients and practice survive and thrive during the COVID-19 crisis with rapid quality implementation. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:1213–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.03.052>.
59. Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet.* 2020;395:1180–1, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30818-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30818-7).
60. American College of Physicians. E-Health and its impact on medical practice Philadelphia: American College of Physicians, 2018 [consultado 12 May 2020]. Disponible en: https://www.acponline.org/acp_policy/policies/ehealth_impact_medical_practices_2008.pdf.
61. Spiess PE, Greene J, Keenan RJ, Paculdo D, Letson GD, Peabody JW. Meeting the challenge of the 2019 novel coronavirus disease in patients with cancer. *Cancer.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.32919>.
62. Paterlini M. On the front lines of coronavirus: The Italian response to COVID-19. *BMJ.* 2020;368:m1065, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1065>.
63. Holmstrom I, Hoglund AT. The faceless encounter: Ethical dilemmas in telephone nursing. *J Clin Nurs.* 2007;16:1865–71, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01839.x>.
64. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. COVID-19: A remote assessment in primary care. *BMJ.* 2020;368:m1182, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1182>.
65. Patel H, Patel M, Car J. Telephone consultations in general practice: Areas for improvement. *J Telemed Telecare.* 2005; 11:265–6, <http://dx.doi.org/10.1258/1357633054471876>.
66. Aroca CMB, Lopez EG. How social media affects the confidentiality of patients? A review of potential problems and recommendations. *Acta Bioeth.* 2017;23:189–97, <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000100189>.
67. Sokol DK, Car J. Patient confidentiality and telephone consultations: Time for a password. *J Med Ethics.* 2006;32:688–9, <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2005.014415>.
68. Bashshur R, Doarn CR, Frenk JM, Kvedar JC, Woolliscroft JO. Telemedicine and the COVID-19 pandemic. Lessons for the future. *Telemed J E Health.* 2020;26:571–3, <http://dx.doi.org/10.1089/tmj.2020.29040.rb>.