



MASTER EN DERECHO SANITARIO
MASTER EN DERECHO SANITARIO
MASTER EN DERECHO SANITARIO

LA TELEMEDICINA Y LA CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA

Dra. M^a Fernanda López Crecente



INDICE

- Consulta médica telefónica y su entorno jurídico.
 - Presentación
 - Formas de Telemedicina. Medicina a distancia.
 - ¿Qué es la coordinación médica de la demanda urgente.? ¿Incluye la consulta médica?
 - Historia de la coordinación telefónica. Definición, Funciones y Perfil del médico coordinador.
 - Descripción del proceso de atención en una central de coordinación tipo 061
- Cómo se debe realizar la comunicación e interrogatorio médico telefónico en la consulta médica. Técnicas.
 - Comunicación en la coordinación médica.
 - Variables que influyen en la comunicación médica telefónica.
 - Componentes de la comunicación telefónica. Aplicación a la entrevista médico-alertante.
 - Abordaje del interrogatorio clínico telefónico.

1. PRESENTACIÓN

El avance social y tecnológico necesario y deseable trae consigo siempre alguna pérdida y genera alguna carencia. La Sanidad Pública, junto con indiscutibles mejoras, ha representado la pérdida de la figura entrañable del médico de cabecera, aquel personaje amigo cuya presencia reconfortaba y, en ocasiones, curaba.

Una de las cualidades que más valoraban los pacientes era la accesibilidad. Siempre que era llamado por algo que se vivía como importante, es decir, ante cualquier urgencia sanitaria, todo el mundo sabía, desde los más pequeños hasta los ancianos, lo que había que hacer: **avisarle**.

Actualmente los profesionales sanitarios estamos dando vueltas a un discurso poco fructífero sobre las urgencias. Creemos que nuestros usuarios no utilizan correctamente, por ignorancia o mala fe, unos circuitos sanitarios perfectamente organizados, causando desequilibrios en todo el sistema.

Nos cuesta pensar que hemos diseñado circuitos dificultosos o a veces imposibles. Que el sistema presente huecos no cubiertos. Nos cuesta

creer, en definitiva, que el usuario sienta que el sistema tenga unas carencias distintas a las que consideramos nosotros que tiene.

Es frecuente oír a los profesionales decir que no hay que atender determinadas patologías en urgencias o que hay que penalizar de alguna forma a los usuarios que acuden con ellas a esos servicios. En el mejor de los casos esto se justifica en aras de la educación sanitaria que hay que impartir permanentemente al usuario, olvidando lo fundamental de la urgencia: su carácter excepcional.

Lo eficaz no es intentar que el usuario recorra difíciles caminos. Lo eficaz es facilitar esos caminos.

Las distinciones entre primaria y especializada, entre urgencia hospitalaria y extrahospitalaria, entre médico de cabecera y atención continuada, entre urgencia y emergencia, son internas del sistema debidas a su lógica organizativa interna, sin paralelo en las necesidades del usuario, al cual lo único que le interesa es acceder al sistema.

Por ello, y no sólo por razones de economía, es el nacimiento y giro de los centros coordinadores hacia la **ventanilla única**: la puerta de entrada telefónica dentro del sistema sanitario.

El desarrollo de la tecnología y otros sistemas de comunicación nos permiten poner en marcha circuitos para que, a pesar de las distancias y dispersión de las personas, la relación y el acceso a la sanidad sean más cercanos, más rápidos y más eficaces, naciendo así **la TELEMEDICINA o medicina a distancia** en sus diversas modalidades.

En Europa y en las diversas autonomías españolas los servicios de urgencias de **coordinación telefónica tipo 061** o similares se han situado en diversas posiciones. Unos más cerca de la Atención Primaria y otros de la Especializada, otros han mostrado más vocación hacia la urgencia vital y otros hacia la Atención Continuada en su sentido más amplio, intentando ocupar el hueco libre que dejó aquel **médico de cabecera** al que se podía llamar una noche para cualquier problema y él decidía si venía al momento, sí deberíamos ir a su consulta, sí podíamos esperar a mañana o sí con un consejo médico nos solucionaba el problema. Muchas llamadas podrían ahorrar **actos asistenciales** o encaminarlos por los circuitos correctos para el sistema.

Nacen así los **centros de coordinación** telefónica de las urgencias que garantizan un **acceso equitativo** a todos los ciudadanos, tanto del medio rural como del medio urbano y, por otro lado, acercan los **cuidados hospitalarios** al lugar donde se produce la emergencia, atendiéndola siempre con profesionales altamente cualificados, con los recursos más adecuados las 24 horas del día los 365 días del año.

2. FORMAS DE TELEMEDICINA. MEDICINA A DISTANCIA..

Desde que a principios del presente siglo se pusieron en marcha las modernas vías de la comunicación, cuyos representantes genuinos fueron el telégrafo, el teléfono y mas tarde la radio y la televisión, la medicina fue consciente de que una nueva era de investigación y progreso quedaba abierta.

Fue Norman Jefferis Holter et al. quien a mitad de este siglo inició la exploración de los parámetros biológicos “sin tocar al hombre” y cuyas experiencias culminaron felizmente cuando consiguieron recibir vía radio el electrocardiograma de personas que deambulaban por la calle a considerable distancia de la estación receptora.

En 1959, la telemedicina permitió por vez primera la transmisión de imágenes radiológicas a través de las líneas telefónicas. Se inauguraba así una nueva etapa tecnológica, en la que un medio audiovisual acercaba a los profesionales alejados físicamente, pero permitiéndoles una discusión interactiva que mejorara el enfoque diagnóstico y coordinándose entre ellos la actitud terapéutica a seguir sobre pacientes igualmente distantes.

Uno de los aspectos más interesantes y en los que la telemedicina está cobrando una mayor preponderancia radica en la obtención de una segunda opinión a cargo de un experto en cada materia concreta.

Nos movemos, pues, entre una serie de servicios a los que se puede acceder por medio de la tecnología. Estos son entre otros los siguientes:

- Coordinación de la demanda sanitaria urgente con sus diversas respuestas y recursos.
- Consulta médica telefónica y vía “on line”.
- Transmisión de datos y pruebas complementarias para ayuda a diagnóstico.
- Dirección de intervenciones quirúrgicas.
- Apoyo a profesionales sanitarios en el ejercicio de su profesión.
- Transmisión de imágenes e interconsulta al nivel especializado
- Otros

3. ¿QUE ES LA COORDINACIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA URGENTE? ¿INCLUYE LA CONSULTA TELEFÓNICA?

La “**coordinación médica de la demanda urgente**” constituye un nuevo modo de concebir la atención médica que se aleja de la lógica clínica tradicional e introduce un proceso lógico diferente; su objetivo se centra en identificar correcta y rápidamente la necesidad del ciudadano que plantea una demanda y determinar la respuesta más adecuada que el Sistema puede dar para resolverla en función del contexto y de las disponibilidades.

Dicha regulación puede incluir **la consulta médica telefónica** que puede resolver el propio médico al teléfono con un **consejo médico o con otro tipo de respuesta**.

La inclusión de este último apartado supone un aumento de la eficiencia del servicio ya que, como hemos dicho antes, el ciudadano, el usuario o el paciente no distingue en la mayor parte de las ocasiones si su demanda es o no una urgencia, por lo tanto el servicio al que llama, a través de sus profesionales, es quien le orienta y emite la respuesta más adecuada.

Una de las respuestas puede ser resolutive sin necesidad de que el paciente se movilice de su domicilio o se le orienta sobre los circuitos que tiene que seguir.

En España se presenta la tendencia hacia las centrales sanitarias que asumen una cartera de servicios en las que las emergencias representan (en la mayoría de las comunidades) una actividad entre el 5 y el 15%.

Los principios básicos sobre los que se fundamenta la coordinación médica son:

1. **ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE.** Permite conocer previamente el sustrato cualitativo y cuantitativo sobre el cual actuar para planificar con rigor científico los servicios asistenciales, tanto los clínicos como los de apoyo. El método epidemiológico provee las herramientas adecuadas a tal fin.
2. **IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES ESTRUCTURALES, ORGANIZATIVOS, GEOGRÁFICOS Y SOCIALES** que condicionan la respuesta a las demandas urgentes. Resulta obvio que la capacidad de respuesta del sistema sanitario estará condicionada, independientemente del problema concreto que se consulte, por los condicionantes geográficos (en una zona rural y montañosa las soluciones posibles no serán idénticas a las de un denso núcleo urbano), las infraestructuras que faciliten o limiten la rapidez de acceso, los determinantes sociales

(un anciano que vive solo precisa una solución diferente a un problema clínicamente no grave que un adulto con familia). Dicho en otras palabras, es preciso tener en cuenta que similares problemas de salud precisan distintas respuestas si el contexto es diferente.

3. **SUPONE EL INICIO FORMAL DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE**, determinando muchos de los aspectos posteriores de la misma, y por ello el resultado final en términos de calidad y de satisfacción.
4. **DEFINE LA RESPUESTA**, y por lo tanto la solución, que el sistema propone para resolver la urgencia. Proporciona la solución adecuada, exige conocer y perfilar rápida y correctamente el problema y realizar un minucioso seguimiento del mismo.
5. **ASIGNA EL RECURSO PARA LA SOLUCIÓN DEL CASO**, lo que implica relación con la efectividad de la intervención.

La función principal de la Coordinación sanitaria es la atención integral a la urgencia recibiendo y procesando las demandas de los usuarios, asignando a cada una de ellas **la respuesta más adecuada** en función de la naturaleza del problema que se expresa y de los recursos disponibles en cada momento.

Por lo tanto la Regulación Médica es un factor de efectividad y economía y podría definirse como **un proceso de gestión clínica** de recursos sanitarios en el que se incluyen:

- . Las entradas con la recogida de datos y clasificación de la demanda.
- . La asignación de las respuestas: son los distintos tipos de actuaciones con los que se da satisfacción a una demanda. El proceso de asignación de respuestas puede ser automático o a través de un médico coordinador. Paralelamente a la asignación de las respuestas se asigna el tipo de recurso que realizará el servicio. Esta decisión también puede realizarse de forma automatizada o no.
- . Las respuestas de un centro coordinador dependen de la función que le han asignado los planificadores sanitarios dentro del sistema. Por lo que no tiene sentido la discusión sanitaria (aunque sí la legislativa) sobre las respuestas que debe dar un centro de coordinación ya que dependen de dicho papel. Las respuestas habituales en nuestro país suelen ser: emergencia, visita domiciliaria, transporte urgente diferido, transporte sanitario, consulta médica e información sanitaria.

De esta forma se deberá: Adecuar la respuesta que el sistema proporciona a las demandas de atención de los ciudadanos:

- ⇒ En el nivel asistencial apropiado,
- ⇒ teniendo en cuenta el contexto en el cual se produce,
- ⇒ los recursos disponibles, y,
- ⇒ resolviendo las dudas sobre cualquier cuestión sanitaria que pueda ser resuelta telefónicamente.

Así se satisfará dicha demanda sanitaria de un modo rápido, homogéneo, efectivo, coordinado, equitativo y eficiente.

4- HISTORIA DE LA COORDINACIÓN TELEFÓNICA.

El nuevo entorno sanitario del siglo XXI nos obliga a revisar los modelos de atención sanitaria.

Nacen servicios que quieren ser el **punto de referencia al servicio de los usuarios**, que garanticen la **respuesta precisa** a las necesidades de consulta y asistencia sanitaria urgente en cualquier punto de la geografía de una comunidad.

Coordinan la respuesta frente a la demanda de atención sanitaria urgente extrahospitalaria, configurándose como prescriptores en la utilización de los recursos sanitarios propios y ajenos.

Modelos de organización y coordinación de las Urgencias extrahospitalarias.

Los sistemas organizados para la asistencia a las Urgencias y Emergencias surgieron en los países más ricos hace una veintena de años y en España, hace una década.

1. Los Servicios Médicos de Emergencias (EMS) surgen en los EEUU en los años 70, orientados hacia una asistencia extrahospitalaria realizada por personal paramédico que depende de empresas privadas, administraciones locales o regionales o de los servicios de Policía o Bomberos.

El personal es teledirigido en sus actuaciones mediante protocolos preestablecidos o en comunicación directa radiotelefónica por el personal médico de centros hospitalarios a los que obligatoriamente se trasladará al paciente.

2. Los Servicios de Ayuda Médica Urgente (SAMU) franceses representan otra forma diferente de entender la atención urgente:
 - N° de teléfono directo.
 - Central de Coordinación.
 - Ambulancias Medicalizadas por médicos de Servicios de Urgencia Hospitalarios.
3. En los últimos años se detecta una tendencia generalizada hacia modelos intermedios, con una escasa presencia médica en la fase de análisis directo de la llamada y una implicación cada vez mayor del personal médico tanto en la elaboración de los protocolos telefónicos

y en la formación del personal, como en la asistencia directa, sea cual sea el medio, terrestre, aéreo o marítimo, en que ésta se produzca.

En la mayoría de los países europeos se tiende en los últimos años hacia la implantación de Servicios basados en dichos modelos intermedios, produciéndose un "Dispatch" parasanitario de las llamadas, seguido de una respuesta asistencial que suele consistir en un primer escalón de ambulancias básicas. De ser considerado necesario, tras la aplicación de criterios preestablecidos, se producirá la intervención de un segundo escalón de Ambulancias de Soporte Vital Avanzado, que incluyen personal médico especializado en sus dotaciones.

4. En la última década ha surgido en España lo que podríamos considerar como un "Tercer modelo", que tiene como característica común y prácticamente definitoria la presencia sistemática de médicos provenientes del nivel de Atención Primaria tanto en los Centros que realizan la Coordinación como en los dispositivos de respuesta asistencial a las Emergencias Médicas en equipos móviles.

La efectividad, eficiencia y nivel de satisfacción de los usuarios, conseguidos en este modelo español han comenzado a ser evaluados en fechas muy recientes, por lo que todavía es pronto para emitir juicios. En términos de eficiencia se observa una aparente disminución de los costes y en las encuestas se evidencia un elevado grado de satisfacción de los usuarios.

Centrales de coordinación. El médico coordinador y la consulta médica telefónica.

La atención médica urgente extrahospitalaria en el estado español ha experimentado progresivos cambios a lo largo de las últimas décadas con la finalidad de, por un lado, adaptarse a las modificaciones de hábitos de los ciudadanos quienes, en gran medida, eligen la atención hospitalaria urgente como forma de entrada al Sistema Nacional de Salud y, por otra parte, optimizar la asistencia especializada y rápida a patologías graves y con gran repercusión sanitaria y social, como son la cardiopatía isquémica y la siniestralidad en vía pública.

Independientemente de la modalidad **de CENTRO COORDINADOR** al que nos refiramos, bien únicamente sanitario o bien integral junto con otras organizaciones asistenciales del campo de las emergencias (policía, bomberos, protección civil, etc), en la totalidad de las centrales **se contempla la figura del MÉDICO COORDINADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.**

En efecto, frente a otros tipos de sistemas integrales de atención a la emergencia, el modelo desarrollado en nuestro país viene definido por la aportación cualificada y especializada de un médico.

Hay que tener en cuenta que en un sistema de Urgencias, además de actuar espectacularmente en los casos de emergencia vital, también se actúa de forma mucho menos llamativa y a veces desapercibida frente a **situaciones de angustia, dolor o patología banal, ayudando al usuario a descargar esta ansiedad y a clarificar su situación real, indicándole la forma de resolver su situación, POR MEDIO DE LA CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA.**

DEFINICIÓN DE MÉDICO COORDINADOR

El variado origen de los actuales sistemas de emergencias de nuestro país dificultó, de alguna manera, el desarrollo de una definición que aglutinara y contemplara a todo el colectivo de médicos que llevaban a cabo sus funciones en la coordinación de urgencias y emergencias. No obstante, el esfuerzo realizado por grupos de trabajo que se pusieron en marcha con dicha finalidad concluyó en la definición que describe la figura del médico coordinador:

“Responsable del funcionamiento del Centro Coordinador Médico encargado de dar la respuesta más adecuada a la demanda sanitaria, mediante su análisis y resolución, optimizando la gestión de los recursos disponibles”.
(Reunión médicos coordinadores, 1995).

La lectura atenta de la citada definición proporciona información sobre algunas de las capacitaciones y perfiles que debe exigirse al médico coordinador. Las funciones a realizar completarán el diseño del citado perfil.

FUNCIONES DEL MÉDICO COORDINADOR:

La elaboración de un catálogo de funciones de cualquier categoría profesional adquiere, siempre, un carácter provisional. En un contexto de cambio constante como el que rodea a los centros de coordinación, donde las carteras de servicios se encuentran en constante expansión y la obsolescencia de los medios tecnológicos empleados es la norma, las funciones que pueda desarrollar un reglamento interno o bien una norma legal corren el riesgo de quedarse caducas en un plazo corto de tiempo.

Es por ello que, aun teniendo como base la reglamentación y normativa vigente en los diferentes centros, el catálogo desarrollado quiere recoger

las grandes líneas maestras, sin referencias a funciones específicas que sin embargo quedan incluidas en categorías funcionales más genéricas.

1. Es el responsable del centro de coordinación y, como tal, del cumplimiento de las funciones asignadas al mismo. Esta función lo convierte en gestor del sistema, teniendo como misión la optimización de la gestión de los recursos.
2. Como máxima autoridad del centro coordinador médico es, funcionalmente, el superior jerárquico y funcional, tanto del personal operador de dicho centro como del personal encargado de la asistencia y del transporte, los cuales deberán seguir sus instrucciones.
3. Ante una demanda sanitaria debe garantizar su evaluación y la asignación de una respuesta idónea en función de las características de su sistema de emergencias.
4. Consultor: esta función consiste en realizar las asignaciones no automáticas de respuesta mediante conversación con el usuario, al que proporciona, además de la respuesta adecuada, consejo médico telefónico. En este papel de consultor se incluyen la derivación de pacientes, la consultoría médica, la información sanitaria, etc.
5. Coordinación sanitaria de los servicios: seguimiento de cada servicio.
6. Registro y control de la actividad del centro coordinador médico. Análisis de los datos obtenidos y extracción de conclusiones.
7. Interrelación con otros organismos implicados en la asistencia al ciudadano.
8. Colaboración en la creación de planes de emergencia, desarrollo de dispositivos de riesgos previsibles y diseño de protocolos sanitarios, así como en todo tipo de actuaciones que repercutan en el mejor funcionamiento del centro coordinador.
9. Participación en la formación, en aquellos aspectos relacionados con la actividad del centro coordinador médico.
10. Apoyo asistencial a profesionales sanitarios mediante técnicas en desarrollo en la actualidad (telemedicina, teleasistencia, etc...).

Quizás una de las primeras conclusiones que se pueden extraer de la lectura de las funciones asignadas podría ser que su variedad y el desarrollo que de cada una de ellas se puede realizar en el ámbito de la coordinación médica otorga al médico coordinador un campo de acción amplio, prácticamente sin límites, en aspectos como el abordaje clínico en su labor asistencial y asesora, la dirección de personas como responsable del servicio, la gestión sanitaria en relación a una optimización del empleo

de recursos sanitarios, la planificación e investigación en su carácter de docente y planificador.

Dos son las funciones que perfilan la figura del médico coordinador y que le proporcionan un carácter diferenciado y **una especificidad laboral propia**. En efecto, el carácter gestor de su actividad y su potencialidad asistencial directa configuran una entidad ajena a otros perfiles asistenciales y que viene avalada por dos décadas de actividad profesional y una percepción positiva de la población asistida. (*Curieses, A. et al, 1993*).

Para la realización de estas funciones se debe disponer de personal cualificado formado y especializado.

POR ELLO SE DEFINE A CONTINUACIÓN EL PERFIL Y FORMACIÓN DEL MÉDICO COORDINADOR:

PERFIL DEL MÉDICO COORDINADOR:

Es pertinente plantearse el perfil necesario para el médico coordinador, ya que se trata de un trabajo diferenciado. En su perfil deben valorarse aspectos clínicos, de gestión, científico y de técnicas relacionadas con la coordinación.

Dentro del aspecto clínico hay una parte de la formación que siempre debe contemplarse, consistente en entrenarle a priorizar más la valoración de la urgencia que el diagnóstico, y para las particularidades de la consulta telefónica, para la que existen sus técnicas y sus normas.

A) FORMACIÓN

En el contexto actual en el que la profesión médica tiende a la superespecialización resulta difícil, por no decir imposible, señalar una formación reglada (especialidad médica, titulación universitaria) que capacite al médico para desarrollar su actividad profesional en un centro coordinador. En este sentido, se han recogido una serie de áreas cuyo conocimiento resulta indispensable en la labor diaria del médico coordinador.

- **FORMACIÓN ESPECÍFICA EN MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.** La mencionada potencialidad propia asistencial (consulta médica) y la necesidad de criterio sanitario para asignar recursos asistenciales, precisan de una capacitación en las materias clínicas propias del ámbito de la urgencia/emergencia, así como en las técnicas diagnóstico - terapéuticas y en la capacidad asistencial de los diferentes recursos y niveles asistenciales.

- **FORMACIÓN EN GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS.** Posiblemente la capacitación en gestión debe ser común a todos los médicos del Sistema Nacional de Salud, debido al desarrollo de nuevas fórmulas de gestión que se están aplicando en las empresas sanitarias y a la cada vez mayor participación de los profesionales en la gestión clínica (debe gestionar quien conoce la dinámica diaria del trabajo).
- La actividad de los centros de coordinación no sólo no es ajena a dicha dinámica sino que, además, se encuentra inmersa en una situación intermedia entre dos niveles asistenciales (primaria y especializada) y entre dos proveedores de servicios (sanidad pública y privada) por lo que, ante la repercusión económica de sus decisiones, éstas deben estar avaladas por una correcta y amplia formación en gestión.
- El ámbito asistencial de la urgencia y emergencia extrahospitalaria suele adolecer, por otra parte, de una escasez de recursos crónica. Es en este contexto donde la capacidad de gestionar recursos, incluyendo al médico coordinador como uno de ellos que pueda solucionar temporalmente situaciones no asumibles por el sistema debido a saturación, adquiere especial importancia.
- **FORMACIÓN EN METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.** El carácter planificador (dispositivos de riesgos, planes asistenciales, etc.) del médico coordinador precisa de una formación sólida en aspectos como la epidemiología, medicina preventiva y estadística, entre otras áreas. Por otra parte, el volumen de información que se genera en los centros de coordinación y que, por sus medios tecnológicos, se encuentran habitualmente en soporte informático permite al médico coordinador la investigación sobre temas propios al centro o bien relativos a campos como la salud pública o cualquier otra especialidad médica.
- **FORMACIÓN EN ABORDAJE DE LA ENTREVISTA TELEFÓNICA.** Si en el caso de la práctica médica clásica la elaboración de la historia clínica es una de las asignaturas teórico - prácticas de mayor importancia, dedicándole abundantes horas de prácticas por parte del alumno y frecuentes hastíos en el paciente ingresado que contesta por tercera vez a la pregunta de sus antecedentes personales, en el ámbito del centro coordinador la llamada telefónica es la principal y, muchas veces, única fuente de información que va a guiar al médico en su toma de decisiones.
- En este sentido resulta indispensable conocer la estructura de la conversación telefónica así como las técnicas que permiten, en un contexto de importante ansiedad y desconocimiento del comunicante con el medio al que solicita ayuda (*Davidhizar y Vehlage, 1988*), la gestión y negociación de conflictos así como la mejora de las habilidades interpersonales.

- **FORMACIÓN EN HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS BÁSICAS Y ESPECIALIZADA (SISTEMA INFORMÁTICO PROPIO DEL CENTRO COORDINADOR).** En un ambiente laboral en el que el fonendoscopio se sustituye por el teclado, el ratón y el ordenador, es necesaria una formación básica en informática que permita afrontar el sistema propio del centro, no de forma mecánica y rutinaria sino con la flexibilidad que proporciona el conocer los sistemas operativos, así como los principales formatos informáticos (procesador de textos, hojas de cálculo, bases de datos y presentaciones) y las técnicas multimedia en constante expansión.

- **FORMACIÓN MÉDICO - LEGAL.** La práctica diaria del centro de coordinación se ve salpicada de situaciones conflictivas en las que se deben tener los conceptos médico-legales claros y actualizados. La petición de movilización de recursos ajenos a la red sanitaria (policía, forense, juzgado de guardia, etc.) en situaciones accidentales, violentas y fallecimientos, así como el abordaje correcto del paciente psiquiátrico agudo, entre otras situaciones, deben ser asumidas con un exquisito conocimiento de la normativa vigente.

B) EXPERIENCIA PROFESIONAL

La experiencia profesional del médico coordinador resulta de gran importancia en su faceta de gestor de recursos. No cabe duda, sin embargo, que también permitirá un mayor grado de resolución sin movilización de recursos, pero el conocimiento que proporciona el haber desarrollado la actividad profesional en los diferentes medios y niveles asistenciales, avala una óptica cualificada en lo relativo al potencial resolutivo, organización y funcionamiento de cada uno de ellos.

En este sentido, la situación que ocupa el centro coordinador dentro del Sistema Nacional de Salud y su actividad que enfoca al paciente hacia el nivel asistencial en el que debe ser atendido según su patología, implica una necesidad de conocimiento interno de ambos niveles, especializada y primaria. Lo mismo cabría afirmar respecto a los recursos propios del sistema de emergencias como son las ambulancias de soporte vital avanzado y básico.

En último lugar, no por representar el apartado menos importante, la experiencia profesional más cualificadora viene dada por el desarrollo de actividad profesional en centros de coordinación ya instaurados

C) PERFIL HUMANO

Posiblemente, las características descritas a continuación son comunes a una gran parte de los puestos de trabajo que se contemplan en el ámbito sanitario. Sin embargo, los cinco primeros deben, por su importancia en el contexto laboral de los centros, ser altamente valorados en los procesos de selección de médicos coordinadores:

1. **ADAPTACIÓN AL ESTRÉS.** Las situaciones atendidas, muchas veces angustiantes por su repercusión y gravedad, la confluencia en el tiempo de varias demandas asistenciales cuya respuesta hay que priorizar y, por último, la elevada ansiedad perceptible en el comunicante, hacen que quien debe tomar decisiones rápidas e idóneas se vea envuelto en una atmósfera francamente estresante que debe ser capaz de vencer.
2. **FACILIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES Y DE RESOLUCIÓN.** En las situaciones de emergencias no caben actitudes dubitativas por la repercusión que la tardanza en la toma de una decisión puede acarrear.
3. **CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN.** El médico coordinador debe, en muchas ocasiones, adquirir el liderazgo de la coordinación de variados recursos para una única asistencia. Dicha coordinación precisa de una capacidad de organización eficaz y eficiente.
4. **CAPACIDAD DE ASUMIR RESPONSABILIDADES.** Como responsable de dar respuesta a la demanda sanitaria que acceda al sistema, el médico coordinador no puede ocultarse y permanecer en actitud pasiva ante posibles disfunciones internas al ámbito sanitario o conflictos en la relación con otras instituciones. Debe asumir la jefatura, no sólo en el sentido jerárquico del término, para garantizar una respuesta con criterios clínicos y de gestión idóneos.
5. **CAPACIDAD DE NEGOCIACIÓN:** tanto en el trato con el comunicante como con los recursos gestionados, el médico coordinador debe mostrar capacidad para pactar y negociar, principalmente en situaciones conflictivas, posibles planteamientos de respuesta o diferencias de criterios.
6. **OTRAS:** Asimismo son cualidades a valorar en el personal médico coordinador:
 - Capacidad de improvisación.
 - Sentido común.
 - Fluidez verbal.
 - Capacidad de trabajo en equipo.
 - Motivación.
 - Facilidad de comunicación.

La complejidad de la respuesta a asignar, cuya expresión más objetiva se encuentra en la imposibilidad de mantener protocolos de respuesta

comunes entre centros de coordinación diferentes, así como la elevada responsabilidad que rodea a las decisiones a adoptar en la resolución de la demanda asistencial, nos señalan que la labor desempeñada en la actualidad por médicos requiere una **alta cualificación clínica** así como una capacidad de ejercer la responsabilidad jerárquica y funcional basada, no en el cargo, sino en amplios conocimientos científicos y de dirección de personas.

Desarrollando esta idea central, la figura del médico coordinador en los centros de coordinación los capacita para el ejercicio y desarrollo de los siguientes aspectos:

- Las decisiones adoptadas con respecto a la demanda asistencial pueden considerarse como **actos médicos**.

En efecto, cuando la respuesta está tomada por el propio médico coordinador, en la mayoría de los casos ha tenido que realizar unas preguntas (historia clínica), ha realizado una valoración de la urgencia (sospecha diagnóstica) que le orienta hacia el recurso que debería hacerse cargo de su atención y, finalmente, instaura una medida (tratamiento) que puede ser directa o bien indirecta, proporcionando medios que garanticen una terapia adecuada y, por tanto, nos **encontramos ante un acto médico**.

Cuando la respuesta es asignada directamente por el operador, en los casos que se consideran como protocolizables, nos hallamos ante similar esquema con el visado directo del médico coordinador.

- Un importante número de llamadas **se resuelven directamente por el médico coordinador**, sin necesidad de envío de recurso alguno. Esta capacidad convierte al médico coordinador en un recurso eficiente que contribuye con sus decisiones a una importante racionalización del uso de recursos asistenciales y/o de transporte y, por tanto, a una destacada contención del gasto sanitario.
- En las últimas Guías del European Resuscitation Council (ERC), (Bossaert, 1998), se contempla como recomendaciones óptimas para la organización e implementación de cuidados de emergencia:
 - La asignación de recursos controlada por médicos.
 - La resucitación cardiopulmonar asistida telefónicamente.
- La posibilidad de prescripción de fármacos para procesos benignos, generalmente virósicos, que pueden controlarse desde el propio centro coordinador. Asimismo es frecuente la modificación de posologías de fármacos:
 - Insulinas, según glucemias.
 - Antipiréticos.
 - Etc...

- La presencia de un médico en el centro puede aportar conocimientos sanitarios y técnicos para la práctica de telemedicina, asistencia telefónica (guiar partos en evolución, describir un Heimlich, maniobras de RCP básica, etc.), asesoría médica a otros facultativos (análisis de EKG, radiografías, etc).
- La cultura de la ciudadanía se encuentra orientada hacia la valoración médica, por ello es frecuente que el comunicante solicite, directamente, hablar con un médico.
- La presencia de un médico coordinador en el centro garantiza una adecuada asignación de recursos y un seguimiento de la emergencia mientras el recurso se encuentra en camino, situación que modelos como el SAMU francés no pueden realizar y que garantiza una continuidad asistencial hasta que llega el recurso medicalizado.

En definitiva, son variadas las razones de índole clínico-asistencial, organizativa, legal y socio-cultural, que apoyan la existencia de la figura del médico coordinador en los sistemas de atención a las urgencias de nuestro país.

5- DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN UNA CENTRAL DE COORDINACIÓN TIPO 061

Teléfono de tres cifras al que puede llamar cualquier persona que se encuentre ante un problema médico urgente.

Desde la Central de Coordinación y tras clasificar la demanda del alertante se le da una respuesta que puede ser con movilización de recursos (envío de ambulancia medicalizada, ambulancia asistencial, etc...) ó sin movilización de recursos (consejo médico, información sanitaria, asesoría y apoyo a los profesionales de AP. etc...)

La Central de Coordinación una vez establecida la respuesta, realiza el seguimiento del servicio en tiempo real controlando los tiempos, informándose del estado del paciente durante el traslado y ofreciendo ayuda al personal sanitario en el caso de que acompañe al paciente durante el transporte.

El médico coordinador realiza la toma de decisiones teniendo en cuenta la información a la que tiene acceso como es la obtenida a través del interrogatorio telefónico, la transmitida por el personal de la ambulancia sobre el estado del paciente, disponibilidad de recursos propios y ajenos en la zona, situación de los centros de atención primaria y dotación de los mismos, situación de los distintos hospitales y clínicas, así como la información de la ocupación de urgencias y operatividad de medios.

Algunas decisiones dentro de un centro de este tipo están automatizadas:

PROTOCOLO MEDICO INFORMATIZADO:

5.1. DEFINICION

Es un sistema de clasificación de la demanda y asignación automatizada de la respuesta; este sistema ejecuta los protocolos establecidos previamente por los **médicos** coordinadores para cada situación determinada.

5.2. CARACTERISTICAS

- Es un sistema *semi-algorítmico* cerrado.
- Tiene capacidad de *aprendizaje*.
- *Muestra al teleoperador* una serie de mensajes y acciones concretos.

5.3. OBJETIVOS

- Guiar el interrogatorio de los teleoperadores (protocolos).
- Clasificar la demanda (protocolos).
- Automatizar las respuestas (protocolos).
- Asignar las respuestas en función:
 - Tipo de demanda
 - Respuestas al interrogatorio
 - Lugar
 - Fecha
 - Hora
- Indica al teleoperador los mensajes a emitir y las acciones que tiene que realizar.
- Informa al locutor y al médico coordinador del resultado del interrogatorio.
- Registra todos los datos obtenidos para la explotación de los mismos.

PARA QUE FUNCIONE EL SISTEMA SE PRECISA:

- a) Que los médicos coordinadores elaboren los protocolos.
- b) Que los médicos asignen la respuesta en función del tipo de demanda y del resultado de los interrogatorios, en función del protocolo que se haya establecido.
- c) Que el médico coordinador decida, en el momento de elaborar el protocolo, los mensajes a transmitir y las acciones a realizar en cada situación.
- d) Es imposible protocolizar todo.
- e) Que el médico coordinador evalúe el sistema establecido.
- f) Que el médico coordinador haga las modificaciones oportunas en función de esta evaluación.

5.4. PROTOCOLO INFORMÁTICO

- **Criterios homogéneos.**
- **Facilita y agiliza la toma de decisiones.**
- **Construcción ordenada.**
- **Sencillo metodológicamente.**
- **Consensuado por los profesionales.**
- **Tema concreto.**

Como cualquier protocolo debe definir en cada actividad lo que se va a hacer, a quién se va a incluir, cómo hacerlo, quién realizará las actividades y cuántas veces. Precisa una evaluación periódica de su efectividad, eficiencia, de la aceptación de los usuarios, del seguimiento de las medidas por los profesionales y de los resultados para la salud de la comunidad.

Sus objetivos son mejorar la calidad, mayor idoneidad y conseguir una mayor efectividad.

1- CLASIFICACION DE LA DEMANDA:

La selección del tipo de demanda la realiza el teleoperador a través de un menú que aparece en su pantalla. Este menú es

desplegable. Una vez seleccionada aparece un breve interrogatorio que debe seguir el teleoperador, cada pregunta puede tener respuesta sí, no o varias opciones.

El conjunto de respuestas es cerrado. Estas preguntas se pueden modificar en función de los protocolos que se quieran establecer; no todas las preguntas son relevantes así se evita que el teleoperador realice preguntas no guiadas.

2- RESPUESTA:

Una vez realizado el interrogatorio la demanda obtiene una de las siguientes respuestas:

- a) EMERGENCIA.
- b) VISITA DOMICILIARIA.
- c) CONSULTA MÉDICA.
- d) TRANSPORTE NO URGENTE.
- e) TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO
- f) INFORMACIÓN BREVE.
- g) DERIVACIÓN.
- h) OTRAS

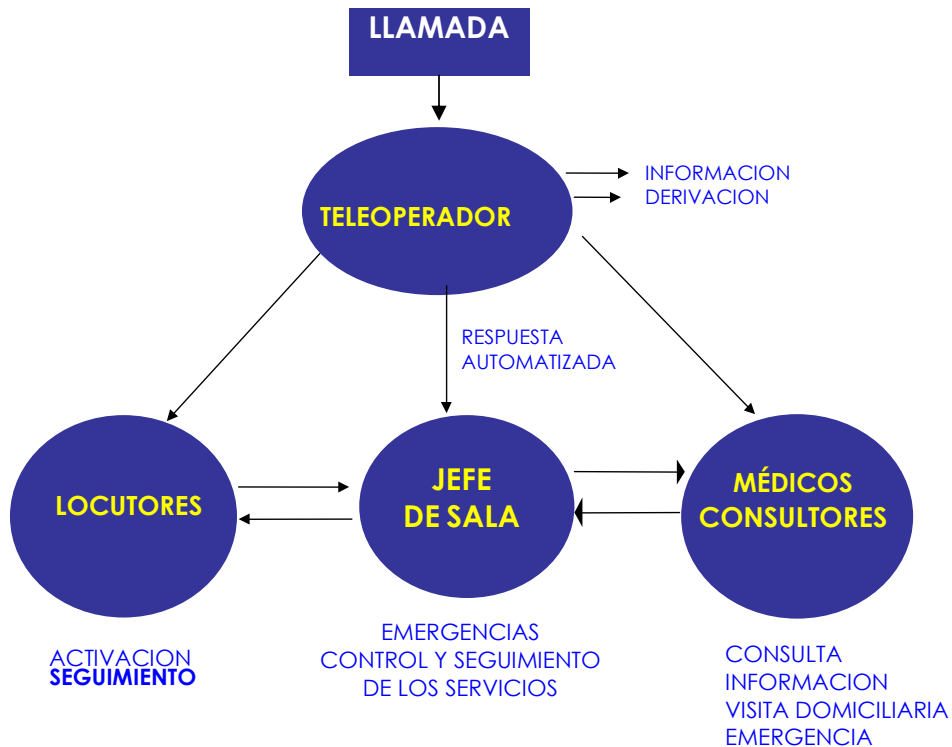
3- COMPONENTES DE LA RESPUESTA:

El sistema da instrucciones al teleoperador tanto de mensajes a emitir como las acciones que debe seguir y al radioperador del tipo de recurso que debe activar, el número de unidades y la información para el recurso sobre la demanda.

4- ASIGNACION DE LA RESPUESTA:

La asignación de las respuestas se establece cuando las condiciones son necesarias (se necesita que cumpla todas para asignar una respuesta), cuando son suficientes (el cumplimiento de una de ellas es suficiente para asignar una respuesta) o por defecto (cada tipo de demanda lleva asignada una respuesta por defecto en caso de no existir condiciones necesarias ni suficientes), y sufren modificaciones tanto por la localización como por el horario o fecha de la demanda.

PROCESO DE PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE UNA CENTRAL DE COORDINACION SANITARIA



CÓMO SE DEBE REALIZAR LA COMUNICACIÓN E INTERROGATORIO MÉDICO TELEFÓNICO EN LA CONSULTA MÉDICA. TÉCNICAS.

1. COMUNICACIÓN EN LA COORDINACIÓN MÉDICA

La comunicación se puede definir como un proceso dinámico entre individuos, en el que mediante el intercambio de información, sentimientos y emociones, se pretende llegar a la consecución de un objetivo en común. No se debe contemplar la comunicación como un proceso que incluye sólo la interrelación verbal. Al contrario, **el lenguaje no verbal** adquiere una gran importancia en dicho proceso.

Cuando una organización establece como medio de contacto con sus clientes la comunicación telefónica, debe establecer los medios para que sus profesionales estén capacitados para dar respuesta a las expectativas del mercado que atiende. Para ello es fundamental una óptima capacitación comunicacional de sus profesionales. Capacitación que no siempre viene dada por una acreditación profesional y que debe ser contemplada como un proceso

formativo dinámico y prolongado en el tiempo que asegure su consecución, mejora y mantenimiento.

Si bien la coordinación de recursos sanitarios puede, en una proporción variable, ser realizada mediante guías de interrogatorio telefónico no realizadas por médicos, ante motivos de consulta en los que la respuesta a asignar sea fácilmente protocolizable, el objetivo de LA ENTREVISTA TELEFÓNICA se refiere en mayor medida a la relación médico-enfermo o médico-alertante, que da contenido a la primera fase de la coordinación médica.

El objetivo de esta interrelación médico – alertante consiste en la valoración del caso por parte del médico coordinador, y para su consecución se debe tener en cuenta que el discurso del alertante expresa, habitualmente, dos tipos de mensajes:

- a) Refiere, en primer lugar, una serie de motivos por los que solicita la asistencia sanitaria. En general, en forma de síntomas o signos. Dicho mensaje se relata de forma expresa y, en general, representa para el alertante la justificación de la llamada.
- b) Manifiesta una solicitud de un determinado recurso asistencial. Solicitud realizada de una forma no siempre expresa y cuyo grado de exigencia viene dado por el tono y, por supuesto, por el propio contenido del mensaje.

Es por ello, que las habilidades comunicativas en el contexto laboral del médico coordinador tienen dos bases fundamentales: la capacidad de obtener información necesaria para la toma de decisiones y la habilidad de negociar respuestas no coincidentes con lo solicitado que garanticen la satisfacción del usuario y la correcta atención al mismo.

Dicha comunicación sigue, si bien de forma un tanto especial, el esquema de **la historia clínica** que se realiza en la habitación de un hospital o en una consulta de atención primaria. En este sentido, igual que resultaría extraña la estancia de un paciente ingresado en un centro sanitario sin historia clínica, difícilmente es entendible un **acto médico** como la toma de decisiones sobre los recursos asistenciales a asignar o bien la asistencia directa del médico coordinador, sin una previa “historia clínica” obtenida mediante la asistencia directa a la llamada telefónica.

Sin embargo, la existencia de una comunicación eficaz entre el médico y el alertante-paciente no está garantizada, al contrario de lo que ocurre cuando la historia clínica se practica mediante un contacto directo, vis a vis, entre ambos intervinientes. Son variados los motivos por los que dicha comunicación se encuentra comprometida.

2. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA COMUNICACION MEDICA TELEFONICA.

- **DESCONOCIMIENTO DEL SISTEMA.**
- **DESCONOCIMIENTO PERSONAL.** La comunicación es más eficaz cuando los dos interlocutores se conocen. El grado de fiabilidad mutua, la comprensión e incluso el grado de complicidad que se puede precisar a la hora de transmitir consejos, se ve dificultado por dicha falta de conocimiento.
- **ELEVADA ANSIEDAD.** En dicho estado no siempre la objetividad es la norma y la comunicación resulta dificultada si no se establece un abordaje adecuado.
- **INCOMUNICACIÓN ASOCIADA A LA CONVERSACIÓN TELEFÓNICA.** Si bien la telefonía permite una puesta en contacto de personas a distancia, no es menos cierto afirmar que existen barreras físicas (ruido ambiental, transmisión distorsionada, etc...) o barreras psíquico-intelectivas propias del alertante (prisa, prejuicios de experiencias anteriores, nivel intelectual, idioma, etc...), que condicionan una comunicación idónea.
- **OBJETIVOS OCULTOS.** El mensaje transmitido por el alertante no siempre coincide con la realidad de lo que le preocupa o de lo que acontece. Llamadas reiteradas no solo son características de patología funcional sino que pueden ser alertas de problemas sociofamiliares muy comunes actualmente, gracias al envejecimiento de la población.
- **SESGOS DEL MÉDICO.** Situaciones como estado anímico, cansancio o la existencia de situaciones epidémicas, entre otras, favorecen la aparición de sesgos a la hora de valorar la gravedad del cuadro que estamos analizando. Así en contextos de epidemia gripal no es raro banalizar los cuadros febriles y contemplarlos como un nuevo caso de gripe (sesgo de bienestar) o bien contemplar como dolor isquémico todo dolor torácico tras una experiencia negativa en ese apartado (sesgo de enfermedad).
- **TELEFONÍA MÓVIL.** La irrupción de dicha tecnología aporta, por un lado, una comunicación más rápida de emergencias en vía pública pero, por otra parte, la calidad de la información aportada no es a menudo idónea por encontrarse el informante de paso por el lugar y no disponer de datos clínicos que facilitan la toma de decisiones por parte del médico coordinador.

3. COMPONENTES DE LA COMUNICACIÓN TELEFÓNICA. APLICACIÓN A LA ENTREVISTA MÉDICO-ALERTANTE.

Las habilidades para el mantenimiento correcto de la conversación telefónica nunca deben ser presupuestas. El abordaje de la llamada en su aspecto psíquico como físico (acceso al ordenador, postura, cansancio, disponibilidad de medios necesarios, etc.) debe ser preparado de forma metódica.

En este aspecto formativo, los objetivos fijados para la comunicación médico – alertante precisan del empleo de una serie de herramientas de interrelación que van a facilitar su consecución.

En la comunicación sanitaria través del teléfono es necesario cuidar y adquirir una serie de habilidades que tienen como fin la consecución de un único objetivo y este es adjudicar una respuesta acorde con las necesidades “reales” del usuario.

Para ello el médico debe entrenarse más en priorizar la valoración de la urgencia que en el diagnóstico así como en las particularidades de la consulta médica telefónica para la que existen sus técnicas y sus normas.

A modo de ejemplo podemos citar algunas técnicas esenciales de comunicación y la estructuración y protocolización de la consulta médica:

SONRISA: avala el desarrollo de una comunicación positiva.

Voz

a) ENTONACIÓN:

Resulta importante modificar el tono de voz a lo largo de la conversación. Un tono monocorde, provoca desconfianza y una sensación de desinterés percibida por el interlocutor, variando la misma a lo largo de la conversación.

- Presentación y acogida ----- Tono CÁLIDO.
- Sondeo de necesidades ----- Tono SEGURO.
- Interrogatorio dirigido ----- Tono SEGURO.
- Comunicación respuesta ----- Tono SUGERENTE.
- Despedida ----- Tono CÁLIDO.

b) ELOCUCIÓN

c) ARTICULACIÓN

LENGUAJE:

Una vez analizado el contenido del mensaje y sus características, se debe contemplar el contenido de dicho mensaje. El contenido ha de ser claro, evitando terminología médica; conciso, empleando frases cortas y de carácter positivo, eludiendo comentarios negativos, recriminatorios o agresivos.

SILENCIO

ESCUCHA ACTIVA:

Oír no siempre es escuchar. Es necesario escuchar con atención al comunicante de forma activa. De forma que perciba que se ha estado atento a su discurso y que hay un interés real en dar satisfacción a sus necesidades. Para ello se pueden emplear técnicas como reformular la pregunta (¿Si le he entendido bien, quiere saber la dosis de Apiretal® para su hija...?), emplear la última palabra de la frase del comunicante para comenzar la respuesta, valorar positivamente al alertante (...es una pregunta interesante...), etc.

EMPATÍA:

El desarrollo de empatía no se consigue tan sólo diciendo al comunicante que se entiende su preocupación. Deben desarrollarse técnicas que hagan que el comunicante perciba dicha empatía. Así, ajustar el grado de interés y preocupación mediante la modificación del tono de la voz, más cálida, o bien mediante mensajes indirectos (... el cuidado de padres ancianos como el suyo es una actividad dura y no siempre se logra evitar las úlceras de decúbito...), ayudará a sentirse en sintonía y , por tanto, a mejorar la comunicación.

4. ABORDAJE DEL INTERROGATORIO CLÍNICO TELEFÓNICO

Se deberán tener en cuenta una serie de pasos en la entrevista que constituyen el procedimiento de la misma. Conforman por lo tanto una estructuración de la historia clínica:

1-Presentación y acogida:

La eficacia en la comunicación mejora si en la presentación el médico se identifica personalmente. El alertante conoce con quien está hablando y, sobre todo, quien se responsabiliza de la atención sanitaria que solicita, lo que aumenta su confianza en la respuesta que desde un centro que no conoce, se le brinda.

- 2-Sondeo de necesidades- historia actual:**
- 3-Antecedentes personales, medicación etc...:**
- 4-Respuesta y recurso**
- 5-Consejo médico:**

La función del médico coordinador no consiste en la realización de una anamnesis completa que permita diagnosticar la enfermedad concreta. No es necesario conocer si nos encontramos ante una “bronquitis aguda”, lo que debemos conocer es si el cuadro respiratorio se puede solucionar en domicilio o bien presenta criterios clínicos (disnea, cianosis, AP de EPOC, ingresos previos, etc.) que sugieran gravedad y, por tanto, necesidad de hospitalización.

DECISIÓN DE LA RESPUESTA:

Una vez realizado un diagnóstico de sospecha el médico está en condiciones de decidir cual es la respuesta más adecuada al caso. Respuesta que puede requerir el envío de uno o más recursos o bien consistir en la resolución a la demanda asistencial sin la asignación de recurso asistencial alguno, por el propio médico coordinador.

A-SI ENVÍO RECURSO:

En aquellas conversaciones en las que se decide el envío de un recurso, el médico coordinador debe informar al alertante acerca de su tipo (médico, ambulancia de soporte vital avanzado, ambulancia de soporte vital básico, etc.), así como su tiempo aproximado de llegada.

No obstante, la respuesta asistencial debe ser complementada con órdenes de teleasistencia, haciéndole ver al alertante que puede coadyuvar en la resolución del problema sanitario que se plantea. En este sentido, se deberá asimismo informar acerca de los cambios que se pudieran dar en la evolución clínica del paciente, durante el tiempo en que llega el recurso enviado, y que precisaría una rellamada al centro coordinador además de como se debería actuar en dicho caso.

La comunicación de la resolución asistencial debe realizarse con un tono seguro, empleando frases cortas y evitando el empleo de términos médicos que puedan enturbiar la interrelación y que generen dudas respecto a la resolución adoptada. En el proceso de implicación del alertante en el proceso asistencial, sin embargo, resulta interesante emplear un tono de voz sugerente, capaz de crear cierta complicidad con el comunicante.

B- NO ENVIO RECURSO:

Cuando la decisión adoptada implica el no envío de recurso alguno, bien porque se remite al paciente a un centro sanitario o bien porque la asistencia la da el propio médico coordinador, las indicaciones realizadas por éste deben ser claras y concisas, expresadas con tono no dubitativo, comprobando que el alertante las ha comprendido y que no le quedan dudas al respecto. Asimismo, la información aportada debe recoger los siguientes apartados:

- **CURSO PROBABLE DE LA ENFERMEDAD:** dicha información evitará rellamadas posteriores al disminuir la ansiedad que se genera en todo lo que rodea al enfermar.
- **CIRCUNSTANCIAS DE RELAMADA:** se aclararán al comunicante aquellas circunstancias que le deben hacer rellamar al centro (*Brown, 1994*):
 - Clínica similar: cuando se haya prescrito medicación que haga previsible una mejoría de síntomas (analgésicos, antipiréticos, etc).
 - Clínica cambiante: cuando aparezcan síntomas y/o signos descritos al comunicante.
 - Empeoramiento del estado general del paciente.
 - Ansiedad de los cuidadores.
- **PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS:** la prescripción de medicación por parte del médico coordinador ***debe ser limitada y siempre con una especial precaución***. En este sentido, la medicación a prescribir será medicación segura, con escasos efectos secundarios, que no sean capaces de enmascarar cuadros graves y con un diagnóstico sindrómico o etiológico conocido. En todo caso, la PRESCRIPCIÓN SEGURA DE FÁRMACOS por vía telefónica incluye:
 - Confirmación de no alergias.
 - Confirmación de no iatrogenia. Descartar patología previa que pueda ser agravada por la medicación.
 - Confirmación de comprensión por parte del alertante, tanto de la denominación como posología.
 - Confirmación de haberlo utilizado en alguna ocasión

El protocolo de actuación que orienta el procedimiento asistencial del servicio es la estructura básica de Interrogatorio Médico Telefónico. Dicho modelo está condicionado por un tiempo limitado y supeditado al criterio del Médico Coordinador (responsable de la consulta telefónica), como clave de la operatividad del lugar en que trabaja.

Al mismo tiempo se deberá adaptar al perfil psicológico del alertante (colaborador, pasivo, invasivo,) y poner en marcha las distintas técnicas de comunicación.

En estos casos debemos emplear todas las técnicas que disponemos de apoyo narrativo (interpretaciones, silencios funcionales, empatía, señalamientos,...) para extraer la máxima información o hasta que consideremos que ésta es suficiente para poder darle una respuesta óptima.

BIBLIOGRAFÍA Y COLABORACIONES:

- *AVANCES EN EMERGENCIAS Y RESUCITACIÓN I (Narciso Perales y Rodríguez de Viguri).Centros de coordinación de urgencias. Raimon Quintana Miró.*
- *RELATORIOS DO CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN DEREITO SANITARIO (Xunta de Galicia- Decembro 2000).*
- *COMUNICACIÓN E INTERROGATORIO MÉDICO TELEFÓNICO. D. José M^a. Unanue Munduate (Médico Coordinador- Emergencias de Osaquidetza-Donostia)*
- *Grupo de Trabajo de Médicos Coordinadores de los Servicios de Urgencias y Emergencias Médicas de Comunidades Autónomas de España.*
- *COORDINACIÓN MÉDICA DE LA DEMANDA URGENTE DE COORDINACIÓN SANITARIA (Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061)Año 2002.*
- *EL ACTO MÉDICO. D. Fernando Guzmán Mora. Jefe del Departamento de Cirugía (Fundación Santa Fé de Bogota).*
- *Jaime Fernández Rosende. Abogado en ejercicio. La Coruña.*
- *Carmen Rial Lobatón. Médico. Directora de la Fundación Urgencias Sanitarias 061 de Galicia.*

Dra. M^a Fernanda López Crecente

Santiago de Compostela, 14 de junio de 2002