**TELEMEDICINA Y RESPONSABILIDAD MÉDICA**

*Dra. Natalia Veloso Giribaldi**[[1]](#footnote-1)\**

*Dra. Natalia Blengio Geicher[[2]](#footnote-2)\*\**

**1.- DEFINICIÓN**

Etimológicamente, telemedicina significa medicina ejercida a distancia[[3]](#footnote-3). En efecto, “tele” significa “a distancia”[[4]](#footnote-4) y “medicina” es el “conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico, tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que pudieran producir”[[5]](#footnote-5).

Conforme con su significado, podría decirse que la característica definitoria de la telemedicina es la **distancia geográfica** entre el médico y el paciente, entre dos médicos que se consultan, entre la información del paciente y su ubicación física, etc.[[6]](#footnote-6).

En este sentido, la Comisión Interamericana de Telecomunicaciones de la Organización de Estados Americanos (OEA) la ha definido como: “la provisión de servicios de atención médica en lugares donde la distancia es un factor crítico, utilizando tecnología de información y telecomunicaciones, con el objetivo de mejorar la salud de los individuos y los pueblos”[[7]](#footnote-7).

En el caso de Uruguay, nuestra Ley Nº 19.869 de 15 de abril de 2020, aprobada en plena Pandemia por COVID 19, recogió aspectos de dicha definición señalando a la Telemedicina como: “la provisión de los servicios de atención sanitaria, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de atención sanitaria utilizando tecnologías de la información y comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y para la educación continua de los proveedores de atención sanitaria, todo en interés de mejorar la salud de sus individuos y sus comunidades” (art 2).

Tal como puede apreciarse, la definición legal contiene varios elementos que deben analizarse por separado para tener una comprensión un tanto más general del concepto. Al respecto, advertimos un primer elemento objetivo, relacionado al objeto y modalidades de la telemedicina. Un segundo elemento subjetivo, referido a quiénes pueden prestar dicho servicio. Un tercer elemento, constituido por el factor distancia; el cuarto referente a su indisoluble vinculación con las tecnologías de la información y comunicación (Tics) y el quinto y último, referido a su finalidad de mejorar la calidad de atención del paciente. A continuación, procederemos a analizar cada uno de estos elementos.

* 1. **Alcance objetivo**

El alcance objetivo de nuestro concepto legal de telemedicina está delimitado por la actividad de prestación asistencial**.** En efecto, la ley señala que la telemedicina consistirá en la: “provisión de servicios de atención sanitaria” para “el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y para la educación continua de los proveedores de atención sanitaria, todo en interés de mejorar la salud de sus individuos y sus comunidades” (art. 2º).

La definición brindada por la ley se corresponde con el concepto tradicional de telemedicina, acotándolo a la atención sanitaria por parte de profesionales de la salud y distinguiéndolo correctamente, de otros servicios que pueden catalogarse dentro de la “telesalud”.

En efecto, como su nombre lo indica, la telemedicina es medicina a distancia, pero no por ello deja de ser medicina. En consecuencia, debe ser desempeñada por profesionales de la salud habilitados para su ejercicio y en el marco de actividades tendientes a prestar asistencia a la salud[[8]](#footnote-8).

En este sentido, debe diferenciarse el concepto de telemedicina del de telesalud[[9]](#footnote-9), en tanto la telemedicina es una forma de telesalud, pero no la única. Por el contrario, la telesalud incluye no solo la asistencia o atención a los pacientes sino también actividades de prevención, difusión de información, educación a la población, etc. Podríamos decir que la telesalud es un concepto más amplio que el de telemedicina, que la incluye conjuntamente con otras actividades a distancia referidas a la salud.

Es por ello, que la ley define correctamente a la telemedicina acotándola a aquellos aspectos que son estrictamente de atención sanitaria y no confundiéndolo, con otras prestaciones propias de la telesalud.

Por su parte, la ley también desarrolla correctamente las modalidades de la telemedicina estableciendo expresamente que permitirá: a) el intercambio de información válida para el diagnóstico, b) el tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones; c) la investigación y evaluación, y d) educación continua de los proveedores de atención sanitaria.

En cuanto *al intercambio de información válida para el diagnóstico* encontramos todas aquellas prácticas conforme a las cuales se pueden trasmitir imágenes, datos, realizar videoconferencias, recabar segundas opiniones, llevar adelante un ateneo, solicitar el informe de un estudio, etc. Asimismo, la validez a la que refiere la ley en la transmisión de dichos datos también se encuentra ligada a la calidad y carácter fidedigno de los datos transmitidos, único medio idóneo para poder colaborar o arribar a un diagnóstico certero a distancia.

Muchas de dichas actividades se llevan adelante en la interconsulta (consulta a distancia entre uno o varios médicos) o en la teleconsulta propiamente dicha (en presencia por lo general de un médico tratante que se encuentra con el paciente con otro médico que se encuentra a distancia).

En cuanto al *tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones,* ya nos encontramos en el ámbito propiamente dicho de las indicaciones médicas conforme con las cuales, ya hay un diagnóstico y el médico indica el camino terapéutico a seguir. En este caso, la teleconsulta y la teleasistencia (orientación) son posibles, siempre y cuando se tenga en cuenta la limitación que establece nuestro ordenamiento –tal como veremos más adelante – del carácter complementario de la telemedicina que impide, de regla, ser sustitutivo del vínculo presencial con el paciente.

Asimismo, en el caso de los tratamientos, también se plantea el caso de la telecirugía, la cual consiste en la realización de una cirugía a distancia mediante un robot quirúrgico. Al respecto, vale señalar como antecedente el caso de la intervención quirúrgica realizada por el Prof. Jacques Marescaux desde New York a una paciente que se encontraba en Estrasburgo mediante un robot que permitió que se realizara una extracción de vesícula a más de seis mil kilómetros de distancia[[10]](#footnote-10).

En cuanto a *la investigación y evaluación*, la telemedicina también ofrece importantes oportunidades en cuanto a la sistematización y posibilidad de compartir resultados de tratamientos, investigaciones y evaluación de prácticas médicas.

En cuanto a *la educación continua*, ingresamos en el terreno de la teleducación, con la particularidad de que la formación en el área médica necesariamente va de la mano con la prestación de asistencia. Está claro que nadie puede aprender a operar si no es operando y que, tan importante como el aprendizaje teórico, es el aprendizaje que brinda la práctica y la clínica médica. Es por ello, que, en este campo, la telemedicina abre infinitas posibilidades.

En este aspecto, resulta destacable el caso de Brasil con su Red Universitaria de Telemedicina[[11]](#footnote-11) (RUTE) que hoy interconecta más de 150 hospitales universitarios y cuenta con 100 unidades en todos los estados de Brasil. Dicha Red, tiene como objetivos el intercambio e interconsulta entre distintos profesionales, la realización de ateneos médicos, la colaboración en los programas de formación médica continua, etc.

Del mismo modo, a los efectos de potenciar el aprendizaje de los estudiantes en nuestro país, también sería necesaria la instalación de una red integrada de hospitales estudiantiles, de tal forma que los aprendizajes realizados en el Hospital de Tacuarembó (a modo de ejemplo) puedan ser transmitidos y recepcionados en el Hospital de Clínicas.

* 1. **Alcance subjetivo**

En cuanto al alcance subjetivo, en tanto se trata de ejercicio de la medicina, puede decirse que el mismo está acotado a aquellos que cuenten con un título habilitado para ejercer la medicina, debidamente registrado, tal como lo exige nuestro ordenamiento[[12]](#footnote-12).

Sin perjuicio de ello, las dificultades pueden plantearse cuando el personal de atención se encuentra en el extranjero. Al respecto, el art. 9 de la Ley Nº 19.869 establece que: “Previo a la realización de consultas o intercambios de información mediante el uso de telemedicina con profesionales residentes en el extranjero, el profesional consultado deberá acreditar fehacientemente ante el servicio de salud a que pertenece el usuario, estar debidamente registrado y habilitado para ejercer la profesión en su país de residencia. Quedan exceptuados de lo dispuesto en el inciso anterior los profesionales que se encuentren registrados y habilitados para el ejercicio de la respectiva profesión en la República Oriental del Uruguay”.

Quiere decir, que la acreditación de la habilitación para ejercer la profesión en el país de residencia del médico consultado debe ser acreditada con anterioridad a la consulta o intercambio de información. La ley no resuelve la forma en que dicha habilitación deberá ser acreditada ante el servicio de salud del usuario, sin perjuicio de lo cual, establece que deberá hacerse en forma fehaciente por lo que las exigencias de acreditación deberán ser suficientes para que no exista duda alguna sobre dicha habilitación.

Por otra parte, lo que sí queda claro es ante quien debe acreditarse dicha habilitación, esto es, **ante el prestador de salud** que ofrezca los servicios de telemedicina a sus usuarios. En este sentido, tal como se desarrollará seguidamente, entendemos que la responsabilidad por la acreditación de la calidad de profesional de la medicina no será del médico que solicita la interconsulta, sino de la institución de asistencia médica en la cual se realiza.

Como es de toda evidencia, dicha exigencia y la consiguiente responsabilidad institucional, no alcanza a aquellas teleconsultas que se realicen con profesionales habilitados para ejercer la profesión en el territorio nacional, ya que allí rige simplemente la policía de la profesión del Ministerio de Salud Pública[[13]](#footnote-13).

**1.3 Distancia geográfica**

La distancia es un factor esencial de la telemedicina. En efecto, el carácter diferencial entre la medicina común y la telemedicina es que se trata, como su nombre lo indica, de ejercicio de medicina a distancia. Tal como se ha señalado, su característica principal es la separación física entre dos o más actores, ya sea un médico y un paciente, un médico y otro médico, o un médico y la información o los datos sobre dicho paciente. Puede haber medicina sin distancia entre alguno de los factores, pero para que exista telemedicina, es esencial que exista distancia entre alguno de los actores.

* 1. **Indisoluble conexión con las Tics**

La telemedicina está indisolublemente vinculada con el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación (Tics). En efecto, la implementación de la telemedicina necesariamente conlleva la necesidad de desarrollar redes que permitan interconectar diferentes actores. Ello supone desarrollos de software y hardware que permitan la transferencia fidedigna de datos para el diagnóstico o para recabar una segunda opinión[[14]](#footnote-14). En consecuencia, la implementación y desarrollo de este tipo de recursos es condición *sine qua non* para el desarrollo de la telemedicina. El avance de la telemedicina, necesariamente va a estar condicionado por los recursos presupuestales y particulares que se destinen a la implementación de las Tics.

Un buen ejemplo de ello, es el “maletín portátil” [[15]](#footnote-15)desarrollado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, compuesto por laptop, dispositivos médicos digitales (otoscopio, oftalmoscopio, microscopio y dermatoscopio), cámara digital de alta resolución, negatoscopio y antena de conexión satelital. Mediante este maletín, el personal de la salud que se encuentra en zonas más alejadas, tiene la posibilidad de conectarse inmediatamente con un centro asistencial, con un especialista, pedir una interconsulta, solicitar que se le informe un resultado, enviar imágenes de alta resolución, y hasta almacenar los datos en la historia clínica electrónica.

Adviértase la potencialidad de la masificación del uso de este maletín portátil podría brindar en materia de calidad y tiempos asistenciales a quienes se encuentran alejados de los centros de referencia. Ello sin ingresar en el ahorro de costos que una medida de este tipo supondría. Sin perjuicio de ello, surte de ejemplo casi perfecto para demostrar la indisoluble vinculación existente entre el desarrollo de Tics y expansión de la telemedicina.

**1.5 Interés de mejorar la salud de sus individuos y sus comunidades**

El giro final de la definición legal puede parecer de Perogrullo, pero no lo es. La telemedicina no es un fin en sí mismo sino que es una herramienta cuyo objetivo debe ser siempre buscar la mejora en la salud de los individuos y sus comunidades. No es un mecanismo para ahorrar costos en salud o para facilitar la labor médica, sino que se trata de un mecanismo que debe implementar en una mejora en la calidad de salud de los individuos.

Dicho concepto elemental de la telemedicina debe analizarse cada vez que se ofrece un servicio de estas características para analizar si el servicio ofrecido mejora o empeora la atención en salud que recibe el paciente. Y en este sentido, si no mejora la calidad asistencial, entonces estará apartado de la ley. No se trata de la implementación de las Tics porque sí, sino para el logro de mejoras a nivel asistencial.

En definitiva, el concepto legal de telemedicina se ajusta a las definiciones internacionales conforme con las cuales, se trata de un servicio por el cual se prestan las actividades típicamente propias de la asistencia a la salud, mediante profesionales de la salud habilitados para ello, en aquellos casos donde la distancia es un factor crítico que se permite sortear mediante el empleo de las Tics, siempre con la finalidad de mejorar la calidad asistencial del paciente.

**2.- PRINCIPIOS**

La ley en su art. 3 establece ciertos principios generales que estatuye como rectores de todos los servicios de telemedicina.

No es menor destacar que, si bien el art. 3 refiere a los “*principios*” de la telemedicina, no toda la enumeración refiere estrictamente a principios, sino que se enuncian indistintamente principios, objetivos y medios para alcanzar ciertos objetivos[[16]](#footnote-16).

Más allá de lo anterior, lo cierto es que, cuando se instaure un servicio de telemedicina, deberá ser estudiado y evaluado a la luz de lo establecido en el art. 3 de la Ley 19.869.

**2.1** **Universalidad y equidad**

La ley dispone que “A través de la telemedicina se garantiza un mejor acceso de toda la población a los servicios de salud (lit. a) y “La telemedicina permite derribar barreras geográficas, acercando los servicios a la población en lugares remotos y con escasez de recursos” (lit b).

El Uruguay, a pesar de su limitada dimensión geográfica, encuentra dificultades para llevar atención médica a todos los rincones del país. En efecto, la falta de especialistas en algunas localidades del interior y la existencia de recursos materiales limitados, hacen que muchos especialistas, técnicas diagnósticas y centros de referencia se encuentren únicamente disponibles en la Capital del país y su acceso a quienes viven lejos de Montevideo, sea realmente complejo.

Este fenómeno, no es ajeno al resto de Latinoamérica, respecto de la cual se ha señalado: “La realidad social americana es lo suficientemente compleja para ser abordada en algunas líneas. No obstante, podemos focalizar el análisis en un punto especial. Las migraciones históricas de las poblaciones rurales a los espacios urbanos han llevado a una concentración de los recursos humanos, tecnológicos y organizativos en estos espacios, dejando brechas sociales y económicas entre lo urbano y lo rural, brecha que impacta en la salud de manera significativa[[17]](#footnote-17).

Dicha realidad, se ve acrecentada más aún en países que encuentran, no solo barreras geográficas por su importante extensión territorial, sino también culturales, por contar a modo de ejemplo, con población indígena[[18]](#footnote-18).

En función de lo anterior, parece claro que uno de los mayores desafíos que enfrenta nuestra región es el **acceso a la salud,** que, como tal, constituye un derecho fundamental que se ve vulnerado a diario no solo por la imposibilidad de acceder a la asistencia primaria, sino también, por la imposibilidad de acceder al nivel de atención y de especialización necesario para su caso y tal vez disponible para otra parte de la población, en virtud de la zona geográfica en la que se encuentra.

En definitiva, entendemos que los principios de universalidad y equidad no solo suponen el acceso universal y equitativo al primer nivel de atención de salud, sino también el acceso a los demás niveles y al grado de especialización que su patología requiera[[19]](#footnote-19). Es por ello, que en estos casos la telemedicina se convierte en un gran factor de homogenización y democratización del acceso a la salud.

**2.2 Calidad del servicio, eficiencia y descentralización**

La ley dispone que: “La telemedicina promueve una mejora en la calidad y atención integral del paciente, fortaleciendo las capacidades del personal de salud” (lit. c); que “permite optimizar los recursos asistenciales, la mejora en la gestión de la demanda, la reducción de las estancias hospitalarias, la disminución de la repetición de actos médicos y los desplazamientos a través de la comunicación de los profesionales” (lit. d) y que “la telemedicina es una estrategia de utilización de recursos sanitarios que optimiza la atención en los servicios de salud fortaleciendo el proceso de descentralización del Sistema Nacional Integrado de Salud” (lit e).

En este sentido, uno de los principales desafíos es articular la integración de las redes de comunicación entre los diferentes actores del Sistema Nacional Integrado de Salud. Al respecto, resulta relevante destacar la necesidad de la instalación de los medios materiales para poder llevar de modo eficaz, la interconsulta con las diferentes regiones del país. Para ello, será necesario desarrollar los sistemas de software y adquirir el hardware que permita alcanzar dicha intercomunicación.

En el caso de la Administración de Servicios de Salud del Estado, las dimensiones del ente y su competencia en todo el territorio nacional, hacen que sea especialmente relevante lograr como paso primordial, la interconexión entre los Hospitales en Montevideo, los Hospitales Departamentales y los Centros auxiliares de todo el país. Ello obviamente sin perjuicio de la integración con los demás prestadores del SNIS.

En definitiva, entendemos que el Sistema Nacional Integrado de Salud encuentra en la telemedicina un excelente instrumento para avanzar en su carácter integrador, tanto en lo meramente asistencial como en lo relativo a la formación médica. Sin lugar a dudas un desarrollo de los sistemas de software y hardware necesarios para dicha interconexión redundará en una mejoría en la calidad del servicio, en su eficiencia y en la descentralización de la medicina especializada.

**2.3 Complementariedad**

El art. 3 lit. F de la Ley Nº 19.869, bajo el *nomen iuris* “Complementariedad” establece que: “El ejercicio clínico de la medicina requiere el vínculo directo con el paciente. La telemedicina es un **complemento** a la asistencia brindada por el médico tratante (artículo 24 de la Ley N° 19.286, de 25 de setiembre de 2014)” (destacado nuestro).

Por su parte, y con anterioridad a la ley de Telemedicina, el art. 24 de la Ley Nº 19.286 publicada el 17 de octubre de 2014 que aprueba el Código de Ética Médica establecía y establece que: “El ejercicio clínico de la medicina requiere el **vínculo directo con el paciente**. La complementación de la asistencia médica a distancia a través de los medios de comunicación como telemedicina, seguirá los principios de este Código” (destacado nuestro).

Tal como puede apreciarse, nuestro derecho concibe a la medicina como prestada en forma directa con el paciente. Esto es, en presencia del paciente, siendo la telemedicina un complemento u apoyo que no viene a sustituir el examen físico presencial, sino que simplemente viene a mejorar o a apoyar la asistencia brindada por el médico tratante[[20]](#footnote-20). Esto ya era así antes de la ley de telemedicina y lo sigue siendo luego de su dictado, en tanto es la propia ley, le reconoce su carácter complementario.

Es por ello, que el diagnóstico y la indicación de un tratamiento no deberían poder hacerse si no existe un médico tratante, que está en contacto presencial con el paciente. Ello obviamente no impedirá que a través de la telemedicina se pueda recabar una segunda opinión, se haga un ateneo, se envíen datos e imágenes del paciente para su informe, o se hagan teleconsultas con un especialista en el extranjero que pueda interrogar directamente al paciente a la distancia y hasta sugerir tratamientos, sin perjuicio de que exista un médico tratante presencial responsable por dicho paciente.

En este sentido, compartimos con la doctrina que el carácter de complementariedad que se exige para el ejercicio de la telemedicina no se vería afectado: “en aquellos casos en los que el médico tratante emplee las herramientas telemáticas para hacer un seguimiento a distancia de sus pacientes, a quienes atendió antes en forma directa y presencial (telemonitoreo o telecuidado)” [[21]](#footnote-21).

Sin perjuicio de lo anterior, el carácter complementario de la telemedicina y la necesidad de que exista un vínculo presencial directo con el paciente que funja como centro de toda la atención, determina que existan ciertas prácticas “mal llamadas” telemedicina, que no encuadran dentro de este tipo de prestación.

En efecto, durante la pandemia, otra situación asistencial especial que se ha planteado es que, a solicitud de varias instituciones de asistencia médica, los médicos se han visto obligados a realizar la **consulta en policlínica de forma telefónica,** pudiendo únicamente citar en forma presencial al paciente cuando de la consulta telefónica quedara una duda razonable sobre el diagnóstico o tratamiento a seguir[[22]](#footnote-22).

Como puede advertirse, dicha modalidad de excepción se contrapone con normas elementales que indican que la asistencia y el proceso de diagnóstico son **necesariamente presenciales**.

En este sentido, se ha definido el diagnóstico como un proceso que cuenta con diferentes etapas y que “comienza con el **examen corporal** del paciente y su interrogatorio por parte del médico, quien de esta manera busca obtener los primeros y más elementales signos de la enfermedad que deberán complementar, como sucede frecuentemente, los análisis y exámenes clínicos, la historia del paciente y antecedentes…”[[23]](#footnote-23).

Es por ello, que la consulta telefónica como mecanismo para diagnosticar e indicar un tratamiento o incluso para repetir medicación[[24]](#footnote-24), parte de un problema de base que es la ausencia de la primera parte del proceso diagnóstico sin la cual, resulta imposible cumplir con lo dispuesto por la ley.

Sin embargo, la consulta telefónica -tal como fue instaurada- de ninguna forma puede considerarse un complemento, sino que es verdaderamente sustitutiva de la consulta presencial y en consecuencia, se encuentra reñida con la ley y debe cesar cuanto antes, resultando ilegítimo su mantenimiento.

Asimismo, dicha ilegitimidad no se salva con la posibilidad de citar al paciente si existe una “duda razonable”, ya que el surgimiento de la duda estará también condicionado por la ausencia de examen físico. Esto es, las dudas que tal vez se habrían generado con un examen físico pueden no generarse sin el examen presencial.

Sin perjuicio de ello, en caso de incurrirse en un error o demora de diagnóstico, que se podría haber evitado de haberse podido realizar el examen presencial, el médico no sería responsable ya que esta modalidad de atención le fue impuesta por el centro asistencial debiendo el médico acatarla para poder seguir prestando atención.

En definitiva, la telemedicina es esencialmente complementaria por lo que la inexistencia de un vínculo presencial central entre médico tratante y paciente desvirtuaría completamente la práctica. La telemedicina no viene a sustituir la medicina tradicional sino a complementarla.

**2.4 Confidencialidad**

La confidencialidad en materia de telemedicina plantea la particularidad de que existen sendos intercambios de información entre diferentes médicos e instituciones y que toda la información transmitida, son datos que la propia ley califica como sensibles (art. 8) y en consecuencia, deben ser especialmente protegidos en su seguridad.

En consecuencia, la ley de Telemedicina en su art. 3 lit. G) erige a la confidencialidad como principio rector estableciendo que: “Se debe preservar la confidencialidad en la relación médico-paciente, garantizando la seguridad en el intercambio de información entre profesionales o centros de atención sanitaria”.

Sin embargo, la seguridad en materia de protección de la confidencialidad de los datos de los pacientes no está exenta de dificultades y de riesgos en tanto son frecuentes los ataques a este tipo de redes de transmisión y almacenamientos de información médica.

En este sentido, se ha señalado que: “La Telemedicina tiene un contexto más amplio que sólo las aplicaciones de la teleconferencia y la video conferencia, debido a que también requiere de la transferencia de archivos. Esta aplicación permite intercambiar archivos que contienen la historia clínica del paciente se encuentra información confidencial y sensible a la cual no deben acceder personas no autorizadas; para proteger la privacidad del paciente. La manera más común de proteger esta información es por medio del uso de la criptografía. Gracias a que la Telemedicina permite a las entidades medicas aumentar la eficiencia de sus operaciones, mantener y administrar las aplicaciones que utilizan una interfaz de navegador de Internet, uno de sus objetivos es proporcionar a los especialistas, la seguridad necesaria en comunicación para la transferencia y almacenamiento de datos e imágenes médicas”[[25]](#footnote-25).

En definitiva, la debida implementación de la telemedicina en Uruguay deberá conllevar necesariamente a una regulación detallada los protocolos en materia de seguridad de almacenamiento y transmisión de datos de salud.

**3.- DERECHOS DEL PACIENTE**

La mayoría de los desarrollos sobre telemedicina se encuentran enfocados desde la óptica del médico, las Tics o los beneficios de este tipo de servicio generan en el ahorro de costos. No obstante, no abundan los desarrollos con enfoque en el paciente o usuario de la salud. Esto es, cuáles son los derechos que la telemedicina debe garantizar al paciente.

En este sentido, nuestra ley es clara ya desde la definición del concepto de telemedicina cuando señala que la finalidad última de este tipo de servicio es “mejorar la salud de sus individuos y sus comunidades” (art. 2). En efecto, la ley pone en el centro al usuario de la salud, estableciendo a texto expreso que todos los desarrollos en materia de telemedicina tienen como fin último el paciente. Ello no es menor, ya que la implementación de la tecnología podrá tener como efecto lateral o secundario el ahorro de costos en salud. No obstante, la telemedicina deberá tener siempre en su horizonte al paciente y su bienestar como elemento primordial.

 Como si ello no fuese suficiente, la ley –correctamente- señala a texto expreso que: “Declárase con carácter interpretativo que la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008 comprende las prestaciones médicas llevadas a cabo mediante el uso de telemedicina” (art. 5).

Dicha disposición, no hace más que señalar que los derechos y obligaciones que dicha ley le reconoce a los pacientes y usuarios de los servicios de salud cuando reciben servicios sanitarios convencionales, también les son reconocidos en su totalidad cuando reciben servicios de telemedicina. Se trata de una remisión general a toda la norma, por lo que debe concluirse que el usuario tiene los mismos derechos y obligaciones cuando recibe servicios médicos presenciales y cuando los recibe a distancia. Como corolario de ello, las instituciones de asistencia médica y los médicos intervinientes, tienen las mismas obligaciones en uno u otro caso. A continuación, veremos algunos de estos derechos que son especialmente tratados por la ley.

**3.1.- Derecho a la información. Consentimiento informado en telemedicina (art. 7)**

El derecho a la información es un derecho del paciente que incluye diferentes aspectos de fundamental importancia que deben tenerse en cuenta a lo largo de toda la relación asistencial, sea presencial o a distancia.

En efecto, la ley Nº 18.335 de 15 de agosto de 2008 reconoce expresamente el derecho a estar debidamente informado. Por su parte, el art. 13 de la Ley N° Ley Nº 19.286 (Código de ética Médica) establece que todo paciente tiene derecho a:

1. recibir información completa, veraz y oportuna sobre las conductas diagnósticas o terapéuticas que se le propongan, incluyendo las alternativas disponibles en el medio;
2. comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje comprensible, suficiente y adecuado para ese determinado paciente;
3. en los casos excepcionales en que esa información pudiese ocasionar efectos nocivos en la salud física o psíquica del paciente, podrá limitarla o retrasarla;
4. respetar la libre decisión del paciente, incluido el rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, en el marco de las normativas vigentes. En ese caso le informará sobre los riesgos o inconvenientes de su decisión. El médico podrá solicitar al paciente o a sus responsables, luego de la total y completa información del procedimiento propuesto, firmar un documento escrito en el que conste ese rechazo y en caso que no se logrará, dejar constancia en la historia clínica; y
5. mantener informado al paciente de los cambios eventuales en el plan diagnóstico o terapéutico, y en caso de su traslado a otro servicio o centro asistencial, informarle de los motivos del mismo.

Asimismo, se entiende que existe un deber general de mantener al paciente siempre informado, deber que ya se encuentra consagrado en el art. 36º del referido Decreto Nº 258/992 al prescribir que aquel “tiene derecho a recibir información completa sobre el diagnóstico de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico”[[26]](#footnote-26).

Como puede apreciarse, el deber de información al paciente es más amplio que la obligación de obtener el consentimiento informado. En efecto, la obligación de recabar el consentimiento informado es un aspecto, del deber de información, que abarca además el deber de brindar información a lo largo de todo el proceso asistencial.

En efecto, el consentimiento informado implica la necesidad de transmitirle al paciente información acerca del procedimiento médico, sus riesgos, beneficios y efectos secundarios a los efectos de que la decisión que tome sea realmente libre y refleje su verdadera voluntad[[27]](#footnote-27).

En este sentido, el art 11 de la Ley Nº 18.335 establece que: “Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Éste puede ser revocado en cualquier momento. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud. Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica”.

A su vez, dicho consentimiento informado, se encuentra consagrado en el art. 37º del Decreto Nº 258/992, al disponer que “El paciente tiene derecho a recibir toda la información necesaria para autorizar con conocimiento de causa cualquier tratamiento o procedimiento que le practiquen”.

En cuanto al contenido de dicho consentimiento, se ha entendido que el mismo debe brindar información concreta y específica del procedimiento al que se somete y no estar redactado en forma genérica, sino en referencia concreta al procedimiento que se va a realizar. Asimismo, se ha señalado que el mismo tiene que brindar una idea razonable de los riesgos a los que se somete el paciente. No de todos los riesgos, sino a de aquellos normales o razonables derivados del procedimiento que se va a realizar[[28]](#footnote-28).

**En materia de telemedicina**, el art. 7 de la Ley Nº 19.869 establece expresamente la obligación de recabar el consentimiento informado del paciente no solo respecto de la utilización de la herramienta telemedicina, sino también para la transmisión de los datos del paciente. Se trata de una disposición especial para la telemedicina, que está constituida por una doble obligación: a) la de recabar el consentimiento del paciente de aceptar la utilización de la telemedicina y b) la de consentir que sus datos se trasmitan a otro sujeto. Sin dicho consentimiento expreso doble, no podrá llevarse a cabo dicha práctica.

En este sentido, la ley dispone que: “Para brindar servicios de telemedicina, los servicios de salud deberán recabar el consentimiento expreso del paciente por cada acto médico a realizarse, quedando sujetos a lo previsto en el artículo 11 de la Ley N° 18.335, de 15 de agosto de 2008. El paciente deberá otorgar consentimiento expreso para la realización de tratamientos, procedimientos, diagnósticos, así como la transmisión e intercambio de la información personal que se desprenda de su historia clínica, con las limitaciones previstas en el literal D) del artículo 18 de la Ley N° 18.335. El consentimiento a que refiere este artículo puede ser revocado por el paciente en cualquier momento. La revocación surtirá efectos desde su comunicación fehaciente al servicio de salud. En el caso de que el paciente sea menor de edad o persona declarada legalmente incapaz[[29]](#footnote-29), el artículo será aplicable a su tutor o representante legal”.

En definitiva, tal como puede apreciarse, la ley de telemedicina refiere a la regulación general del consentimiento informado. No obstante, dicho consentimiento plantea la particularidad de que no solo alcanza a la utilización de la herramienta telemedicina como tal, sino que también debe recabarse respecto de la transmisión de los datos del paciente.

**3.2- Protección de datos personales del paciente (art. 8)**

Con carácter general el médico tiene la obligación de guardar estricto secreto profesional acerca de toda la información que llegare a su conocimiento en razón de la función que ejerce y en caso de no hacerlo, comete delito de violación de secreto profesional[[30]](#footnote-30).

Como contracara de ello, el paciente tiene el derecho a ser protegido en su intimidad y a que se guarde secreto[[31]](#footnote-31) sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte[[32]](#footnote-32).

**En materia de telemedicina**, la protección de la confidencialidad de los pacientes adquiere una relevancia fundamental en tanto la misma, en muchos casos, debe ser transmitida a otro profesional. Es por ello, que en estos casos el profesional de la salud que vaya a transmitir dicha información, necesariamente deberá recabar la autorización expresa y previa del paciente.

Así, el art. 8 de la Ley Nº 19.869 dispone que: “Todos los datos e información transmitida y almacenada mediante el uso de telemedicina serán considerados datos sensibles a los efectos de lo dispuesto en el literal E) del artículo 4° y en el artículo 18 de la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008.

Al respecto, el art. 4º define dato sensible[[33]](#footnote-33) y el art. 18 establece que “Ninguna persona puede ser obligada a proporcionar datos sensibles. Estos sólo podrán ser objeto de tratamiento con el consentimiento expreso y escrito del titular”.

Es por ello, que cualquier dato del paciente que vaya a transmitirse o almacenarse mediante un procedimiento de telemedicina, únicamente puede tratarse con el previo consentimiento expreso del paciente. No alcanza con la autorización para hacer una videoconferencia o una teleconsulta. El consentimiento para transmitir los datos no se presume por haber otorgado el consentimiento para el procedimiento a distancia, sino que debe recabarse adicionalmente al mismo, ya que así lo previó la ley.

**3.3 Acreditación de la calidad de médico (Art. 9)**

 El Ministerio de Salud Pública tiene atribuida la Policía en materia del ejercicio de la Medicina. En efecto, el Capítulo III de la Ley Nº 9.202 de 22 de enero de 1934 se titula “De la Policía de la Medicina y Profesiones derivadas” y dispone en su art. 13 que: “Nadie podrá ejercer la profesión de médico cirujano, farmacéutico, odontólogo y obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las oficinas del Ministerio de Salud Pública”.

 Por su parte, el art. 14 de dicha ley dispone que: “Corresponde al Ministerio de Salud Pública reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina. También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia de las sociedades mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo”.

 Siguiendo con dicha lógica, el art. 14 agrega que: “Ejerce ilegalmente la medicina el que, careciendo de título regularmente expedido o revalidado de acuerdo con las leyes de la Nación, se dedicare al tratamiento de las enfermedades ejerciendo actos reservados a las personas habilitadas por el Estado para tal fin”.

 Por su parte, el art. 18 de la Ley N° 18.335 de 26 de agosto de 2008 en su lit. c, establece que todo paciente tiene derecho a: “Conocer quién o quiénes intervienen en el proceso de asistencia de su enfermedad, con especificación de nombre, cargo y función”.

 **En materia de telemedicina**, se plantea la dificultad de qué sucede cuando se realiza una interconsulta con un profesional en el extranjero que no posee su título habilitado en nuestro país. En esos casos, cabría preguntarse quién es responsable de asegurarle al paciente que el médico que va a conocer o interpretar sus datos o va a colaborar con su diagnóstico o sugerir un tratamiento, es realmente una persona con habilitación y credenciales para ejercer la medicina.

 Dicho problema, fue abordado expresamente por la Ley Nº 19.869, disponiéndose expresamente en el art. 9º que “Previo a la realización de consultas o intercambios de información mediante el uso de telemedicina con profesionales residentes en el extranjero, el profesional consultado deberá acreditar fehacientemente ante el servicio de salud a que pertenece el usuario, estar debidamente registrado y habilitado para ejercer la profesión en su país de residencia. Quedan exceptuados de lo dispuesto en el inciso anterior los profesionales que se encuentren registrados y habilitados para el ejercicio de la respectiva profesión en la República Oriental del Uruguay”.

 Tal como se infiere de la norma, la acreditación de su calidad de médico y su debido registro, deben ser fehacientes. Esto es, no basta con simplemente mencionar que se trata de un reconocido profesional, sino que su habilitación y registro para ejercer la profesión debe ser acreditada de forma innegable o irrefutable. Por otra parte, dicha acreditación deberá ser previa a la consulta o intercambio de datos.

 Asimismo, adviértase que no es ante el médico que solicita la intervención, ante quien debe acreditarse dicha calidad sino ante el servicio de salud al que pertenece el usuario. Ello es lógico en tanto es la institución de salud la responsable de ofrecer los servicios de telemedicina. En consecuencia, la contracara de ello es que en caso de que no se haya obtenido previamente dicha acreditación, será la institución de asistencia la que responda por ello.

 Por último, la norma exceptúa de dicho requisito a aquellos profesionales residentes en el extranjero que se encuentren registrados y habilitados para el ejercicio de la respectiva profesión en la República Oriental del Uruguay. Esto es, con independencia de donde residan, si registraron su título en Uruguay y están habilitados para el ejercicio de la medicina, no deberán acreditar su condición nuevamente, aunque estén en el extranjero.

**4. LA Responsabilidad EN EL MARCO de la telemedicina**

A grandes rasgos, la responsabilidad médica en el marco de la telemedicina puede dividirse en dos grandes categorías: a) la responsabilidad de la institución donde se brinda dicho servicio de telemedicina y b) la responsabilidad de los médicos intervinientes en la prestación de dichos servicios. A continuación, dedicaremos los siguientes apartados al análisis de cada uno de dichas responsabilidades y a sus aspectos más relevantes.

**4.1 Responsabilidad Institucional**

**4.1.1 Generalidades**

Con la aprobación de la Ley Nº 19.869 de 15 de abril de 2020, se pretendió adecuar la legislación ya existente en nuestro país, a fin de dotar a las prácticas médicas basadas en el uso de tecnologías de un marco jurídico adecuado capaz de brindar la seguridad necesaria tanto a los usuarios como a los prestadores asistenciales que las brinden[[34]](#footnote-34).

La mencionada Ley, cuenta con nueve artículos y varios de ellos refieren a las obligaciones a cargo de los prestadores de salud que brinden servicios de telemedicina a sus afiliados y/o usuarios. A continuación, enumeraremos los artículos que imponen responsabilidades a la institución asistencial.

En primer lugar, el art. 3, al enumerar los principios que sustentan la telemedicina y mencionar el de “confidencialidad” se establece como “deber”, garantizar la seguridad en el intercambio de información entre profesionales o centros de atención sanitaria.

Lo anterior es de toda lógica, siendo que el art. 8 establece que “los datos e información transmitida y almacenada mediante el uso de telemedicina serán considerados datos sensibles a los efectos de lo dispuesto en el literal E) del artículo 4 y en el art. 18 de la Ley N° 18.331 de 11 de agosto de 2008”.

En segundo lugar, el art. 5 prevé que las prestaciones médicas que se brinden a través de servicios de telemedicina quedan comprendidas en lo dispuesto en la Ley N° 18.335 que regula los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud.

Por lo anterior, las obligaciones que se imponen a los servicios de salud en dicha Ley, resultan aplicables aun cuando el usuario o paciente sea atendido mediante el uso de telemedicina.

En tercer lugar, en el art. 6 se establece que los servicios de salud[[35]](#footnote-35) que ofrezcan a sus usuarios servicios de telemedicina, deberán contar con el personal adecuado y la infraestructura necesaria, remitiendo a los arts. 157 a 160 de la Ley N° 18.719, de 27 de diciembre de 2010.

En cuarto lugar, el art. 7 establece que los servicios de salud deben recabar el consentimiento expreso del paciente para la realización de tratamientos, procedimientos, diagnósticos, y transmisión e intercambio de la información personal que se desprenda de su historia clínica.

Por último, el art. 9 prevé que en caso que se utilice la telemedicina para consultar e intercambiar información con profesionales residentes en el extranjero, es ante el servicio de salud al que pertenece el usuario, que el galeno debe acreditar -fehacientemente- estar registrado y habilitado para ejercer la profesión en su país de residencia.

Conocer las obligaciones impuestas a los servicios de salud es de relevancia, ya que el incumplimiento de ellas dará origen al nacimiento de responsabilidad administrativa, civil o penal, según el caso.

En ese sentido, el Maestro Couture en su obra “Vocabulario Jurídico” define a la “responsabilidad” como “la situación jurídica derivada de una acción u omisión ilícitas, que consiste en el deber de reparar el daño causado”[[36]](#footnote-36)

Considerando la definición antes transcripta y las obligaciones impuestas a los servicios de salud por parte de la Ley N° 19.869 de 15 de abril de 2020, se puede concluir que los servicios de salud, para evitar incurrir en responsabilidad, deben contar con las herramientas e infraestructura adecuadas para brindar seguridad en la recepción, almacenamiento, manejo y transmisión de los datos de salud de los usuarios a los que se acceda a través de la telemedicina y para cumplir con el resto de las obligaciones a su cargo.

En otras palabras, para poder brindar servicios de telemedicina, deben cumplir con las normas y protocolos, que aseguren una prestación de servicio médico adecuada y que respete los derechos de los pacientes y usuarios de los servicios de salud.

En definitiva, si incumplen con las obligaciones que la Ley de Telemedicina impone a su cargo, entonces serán los servicios de salud responsables frente a las autoridades públicas y frente al usuario dañado por ese incumplimiento.

4.1.2 **Seguridad en el almacenamiento, manejo y transmisión de datos para garantizar la confidencialidad.**

Como se expresó antes, la Ley N° 19.869 les impone a los servicios de salud una serie de obligaciones relacionadas al manejo y trasmisión de datos de los usuarios, con el fin de salvaguardar la confidencialidad en la relación médico – paciente.

En efecto, si bien el deber de confidencialidad de los datos relativos a la salud de las personas preexiste a la regulación normativa de la telemedicina, no es menor destacar que en el ámbito informático la seguridad debe reforzarse.

En ese sentido, se ha explicado que la información médica obtenida a través de la telemedicina “requiere resguardarse de ataques y amenazas que puedan afectar el derecho a la intimidad, la privacidad y la protección de los datos de los pacientes. Todas las redes de datos son vulnerables a ataques que buscan provocar el colapso de los sistemas y sustraer datos privados. Estos ataques pueden afectar los datos que se encuentren encriptados o no, mediante técnicas de hurto de información como lo son los programas espía (spyware), los virus y los troyanos, el acceso no autorizado a la información, la alteración o deterioro total o parcial de la misma”[[37]](#footnote-37).

En nuestro país, con la regulación normativa de la historia clínica electrónica, ya se había puesto a cargo de los servicios de salud la conservación y custodia de las historias clínicas electrónicas y la administración de los sistemas informáticos que garanticen seguridad a la accesibilidad de los usuarios y la confidencialidad respecto a terceros ajenos a los actos médicos consignados en ellas[[38]](#footnote-38).

En materia de telemedicina, la Ley reitera que los datos referidos a la salud de las personas son datos personales y sensibles (art 8), y es por ello que dedica varios artículos a la necesidad de brindar información pormenorizada (art. 6) y recabar consentimiento expreso del paciente por cada acto médico que se pretenda realizar a través de servicios de telemedicina y para autorizar la transmisión e intercambio de datos (art.7).

Es decir, reitera lo que ya estaba contemplado en la Ley N° 18.331 de 11 de agosto de 2008 – Ley de Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data – que tipifica de dato sensible, y por tanto especialmente protegido, a los datos relativos a la salud de los individuos[[39]](#footnote-39).

Ante la ineludible interrogante de cómo pueden los servicios de salud brindar servicios de telemedicina garantizando el correcto almacenamiento, manejo e intercambio de información sensible sin violar la confidencialidad e intimidad de los usuarios, evitando incurrir en responsabilidad, entendemos indispensable que existan protocolos aprobados por el Ministerio de Salud Pública -en su calidad de policía sanitaria- que se aseguren los mandatos impuestos por la normativa vigente.

En ese sentido, no debe perderse de vista que habiendo transcurrido varios meses desde la aprobación y publicación de la ley de telemedicina, no se han reglamentado ni definido políticas de seguridad de la información, necesarias para el resguarde de ataques y amenazas que puedan afectar la protección de datos de los usuarios del sistema de salud[[40]](#footnote-40).

A pesar de que no se hayan definido las políticas de seguridad, almacenamiento y transmisión de la información, que aseguren la confidencialidad y el tratamiento de los datos sensible, no pueden quedar dudas en cuanto a que es responsabilidad de las instituciones tener los sistemas de software y hardware adecuados para ello.

Quiere decir que, responderán -civil, penal y administrativamente- por la seguridad de sus bases de datos y el flujo de los mismos, ya que es su obligación asegurar la debida protección de los datos sensibles, sin violar el “secreto profesional”[[41]](#footnote-41), respetando la intimidad de los usuarios de la salud de acuerdo a lo establecido en la Constitución de la República (arts. 10 y 72) Leyes vigentes (Código Penal, Ley N°18.335, Ley N° 18.331, Ley N° 18.591, entre otras), Tratados Internacionales incorporados legalmente por nuestros país (Declaración Universal de Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y Pacto de San José de Costa Rica) y Decretos reglamentarios del Poder Ejecutivo[[42]](#footnote-42)

 En definitiva, si la institución médica no cuenta con sistemas de hardware y software seguros y adecuados para brindar servicios de telemedicina, almacenar sus datos y transmitirlos -cuando ello fuere expresamente autorizado- provocándose filtración de datos personales y sensibles de los usuarios, el Ministerio de Salud Pública[[43]](#footnote-43), la Agencia para el Desarrollo del Gobierno de Gestión Electrónica y la Sociedad de la Información y del Conocimiento (AGESIC)[[44]](#footnote-44) y la Justicia ordinaria podrán sancionar a la institución responsable de tal filtración.

**4.1.3 Deber de contar con personal adecuado e infraestructura necesaria**

La Ley en análisis, N°19.869, expresamente prevé que los servicios de salud podrán ofrecer servicios de telemedicina siempre que cuenten con personal adecuado e infraestructura necesaria.

En primer lugar, debemos destacar que, a la fecha, no hay un Decreto reglamentario que establezca cuales son los “servicios de telemedicina” reconocidos por el MSP ni se han dictado los protocolos a los que refiere el art. 4, en relación a dichos servicios.

En segundo lugar, en función de lo anterior, es imposible saber a ciencia cierta cuál será el personal adecuado e infraestructura necesaria para la prestación del servicio. Ello por cuanto el personal evidentemente tiene que ser aquel que se encuentre preparado para brindar o asistir los servicios de telemedicina que resuelva brindar la institución y la infraestructura debe ser la adecuada para la prestación de esos servicios.

En tercer lugar, que no existan protocolos de actuación, no significa que las instituciones puedan exonerarse de contar con personal adecuado e infraestructura necesaria. Al contrario, las instituciones en función de los servicios de telemedicina que brinden deberán analizar y contratar al personal adecuado o capacitar al que ya tienen y contar con una infraestructura suficiente para que los servicios se presten con seguridad y confiabilidad para las partes intervinientes[[45]](#footnote-45).

En ese sentido, ya en el año 2015, cuando se elaboró la Guía Jurídica de Telemedicina por parte de AGESIC, MSP, MEF y Presidencia, al referir a los riesgos de la implementación de la telemedicina se destacó “se requiere una infraestructura organizacional, administrativa y tecnológica que le de soporte al proyecto (software, hardware y red de comunicaciones). A ello se suma la necesidad de contar con personal especializado y soporte, capacitar al personal médico y no médico en la aplicación de los nuevos sistemas que la Telemedicina ofrece, y contratar la conectividad necesaria. Además, se debe evaluar la adopción de estándares, protocolos o normas que permitan el flujo seguro de la información y la interoperabilidad de los sistemas, así como una política de seguridad de la información”[[46]](#footnote-46)

Asimismo, la ley de Telemedicina refiere a los arts. 157 a 160 de la Ley N° 18.719 de 27 de diciembre de 2010, siendo de especial relevancia en lo que hace a la infraestructura con la que deben contar los servicios de salud, lo dispuesto en los arts. 157 y 158.

En ese sentido, el art. 157 dispone que “Las entidades públicas, estatales o no, deberán adoptar las medidas necesarias e incorporar en sus respectivos ámbitos de actividad las tecnologías requeridas para promover el intercambio de información pública o privada autorizada por su titular, disponible en medios electrónicos”

Por su parte, el art. 158 dispone que “Son obligaciones de las entidades públicas, estatales o no:

a) adoptar las medidas necesarias e incorporar en sus respectivos ámbitos de actividad las tecnologías requeridas para posibilitar el intercambio de información;

b) los sujetos involucrados en el intercambio de información deberán cumplir con las obligaciones de secreto, reserva o confidencialidad. Asimismo, adoptar aquellas medidas necesarias para garantizar niveles de seguridad y confidencialidad adecuados;

c) recabar el consentimiento de acuerdo con lo previsto en la Ley N° 18.331, de 11 de agosto de 2008, de Protección de Datos Personales y Acción de Hábeas Data; y

d) responder por la veracidad de la información al momento de producirse el intercambio.

Corresponde destacar que si bien la Ley N° 18.719 refiere a las entidades públicas estatales o no, la Ley de Telemedicina no hace distinción, imponiendo el deber de contar con la infraestructura y personal adecuados a todos los servicios de salud (que incluyen a las organizaciones públicas y privadas).

En definitiva, al igual que lo analizado en apartados anteriores (4.1.1.), será responsabilidad del servicio de salud, tener en su plantilla personal capacitado y adecuado para el servicio de telemedicina que se brinde y contar con una infraestructura que brinde las mayores y mejores garantías para los sujetos intervinientes.

**4.1.4 Deber de brindar información clara para la prestación del servicio y recabar el consentimiento expreso del usuario.**

 La Ley en análisis pone a cargo de los servicios médicos, brindar información pormenorizada de los servicios de telemedicina que brinde. Es decir, la información no puede ser general, sino detallada incluyendo las condiciones en las que se brinde ese servicio y recabando el consentimiento informado del usuario (art. 7).

No debe perderse de vista que, la Ley N° 19.968, coloca al servicio de salud como el responsable de recabar el consentimiento expreso del paciente por cada acto médico a realizarse a través de los servicios de telemedicina, así como para la transmisión e intercambio de la información personal que se desprenda de la historia clínica. A pesar de lo anterior, la propia norma remite al art 11 de la Ley 18.335 como si regularan la situación de idéntica manera.

Sin embargo, el mencionado artículo 11, establece que es el médico (no el servicio de salud) quién brindará la información suficiente al usuario y quien, en definitiva, debe recabar el consentimiento de su paciente para la realización de cada acto médico.[[47]](#footnote-47)

Es por tanto inevitable cuestionarse si es correcto que la Ley en análisis cambie la regulación establecida por la Ley N° 18.335, máxime cuando el art. 5 declara que las prestaciones médicas llevadas a cabo mediante el uso de telemedicina quedan abarcadas por la Ley N° 18.335.

No parece práctico ni acorde a la experiencia, que sea el servicio de salud quien recabe el consentimiento informado para la realización de los actos médicos recomendados por el médico tratante a su paciente, podrá en todo caso recabar consentimiento para la transmisión de datos contenidos en historia clínica o para que se inicie una video consulta o se envíe el resultado de un estudio médico por correo electrónico, pero para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos parece correcto que sea el médico tratante quien recabe el consentimiento informado y lo consigne en la historia clínica tal cual lo dispone la Ley 18.335, su Decreto Reglamentario N° 274/010 de 8 de noviembre de 2010 y el Código de Ética Médica aprobado por Ley N°19.286 de 17 de octubre de 2014.

En definitiva, parece lógico que el servicio de salud sea el encargado de brindar información pormenorizada de los servicios de telemedicina que brinde a sus usuarios y de recabar su consentimiento expreso de todo aquello que no deba ser recabado por el médico tratante, conforme a lo ya establecido por el ordenamiento vigente.

**4.1.5 Deber de controlar la habilitación del profesional residente en el extranjero.**

Como se detalló en el capítulo anterior, la Ley de Telemedicina, reconoce la posibilidad de realizar consultas o intercambiar información mediante el uso de telemedicina con profesionales residentes en el extranjero.

 Para ello, se pone a cargo de los servicios de salud asegurar al usuario que el médico al que se contacte se encuentre debidamente registrado y habilitado en el ejercicio de su profesión en el lugar donde reside.

En otras palabras, para la realización de una consulta o transmisión de información mediante el uso de telemedicina, la institución tiene el deber de asegurar al usuario que controló fehacientemente que el profesional extranjero es un profesional habilitado.

Si resultara que la persona contactada para la realización de una consulta a distancia finalmente no era un profesional habilitado para el ejercicio de la profesión, entonces será el servicio de salud el responsable frente al usuario por incumplir lo que el art. 9 expresamente determina. Ello sin perjuicio de las medidas que pueda tomar el servicio de salud contra la persona o institución que lo haya engañado.

En cuanto a la excepción del inc. 2 del art. 9, refiere a aquellos profesionales residentes en el extranjero que se encuentren registrados y habilitados para el ejercicio de su profesión en la República Oriental del Uruguay. Lo cual es lógico, ya que, si el título está registrado y habilitado en Uruguay entonces el servicio de salud, el médico tratante y el propio usuario podrá corroborar si el sujeto contactado se trata de un profesional registrado ya que dicha información se encuentra accesible para todos a través de la página web del Ministerio de Salud Pública (infotitulos).

En definitiva, las instituciones que incluyan dentro de sus servicios de telemedicina, consultas con médicos residentes en el extranjero sin título habilitado y registrado en Uruguay, son los responsables de corroborar fehacientemente que se tratan de personas habilitadas para el ejercicio de la profesión en su lugar de residencia y responderán frente al usuario y a las autoridades sanitarias en caso de que incumplan con tal deber.

**4.2 Responsabilidad del médico**

**4.2.1 Generalidades**

Luego de analizada la responsabilidad institucional por la que responden las organizaciones que brindan servicios de telemedicina, corresponde analizar cómo es el régimen de responsabilidad del médico que asiste a través de servicios de telemedicina.

En primer lugar, corresponde destacar que en el pasado se ha discutido acerca de si un médico podía ser responsabilizado por brindar su opinión, determinar un diagnostico o promover tratamientos a través de medios telemáticos o si ello atentaría contra el propio desarrollo de la telemedicina. Es por ello que algunos ordenamientos jurídicos establecen a texto expreso que la responsabilidad civil siempre recaerá sobre el médico tratante. [[48]](#footnote-48)

En segundo lugar, no existe en la ley en análisis una regulación específica de las obligaciones y responsabilidades de los médicos que presten asistencia a través de medios telemáticos, salvo por lo expresamente previsto en la Ley N° 18.335 debido a lo establecido en art. 5 de la Ley 19.968.

Es decir, los galenos deben cumplir las obligaciones establecidas en la Ley N° 18.335 cuando la asistencia se preste presencialmente y también cuando se brinde por medios telemáticos. Por tanto, incumplimiento será generador de responsabilidad siendo de especial relevancia las obligaciones en relación a la información que debe ser brindada al paciente sobre su estado de salud y posibles tratamientos, la consignación en la historia clínica del paciente de su actuación, y la de recabar el consentimiento informado cuando corresponda, entre otras.

En tercer lugar, aunque no se establezca expresamente, entendemos que el Código de Ética Médica aprobado por Ley N° 19.286 de 17 de octubre de 2014, también resulta de aplicación para los médicos colegiados[[49]](#footnote-49)que presten asistencia a través de servicios de telemedicina (y no solo para la asistencia presencial), y su incumplimiento será generadora de faltas éticas pasibles de ser sancionadas por el Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay.

En definitiva, la actuación de los médicos que intervengan en los servicios de telemedicina siempre debe ser acorde a las obligaciones impuestas por la Ley de Derechos y Obligaciones de los Usuarios de Salud (Ley N° 18.335) y a las normas éticas, para evitar incurrir en responsabilidad por incumplimiento de los mandatos legales.

**4.2.4 Régimen de responsabilidad civil del médico en el marco de los servicios de telemedicina**

Más allá de las salvedades realizadas en el apartado anterior, la ley en análisis no prevé un sistema de responsabilidad civil -o exoneración de la misma- específica para los médicos que participen en la asistencia a través de los servicios de telemedicina.

Lo anterior significa que es de aplicación para los médicos que asistan a pacientes a través de telemedicina, las mismas normas que regulan el régimen de responsabilidad de los médicos que asisten a sus pacientes de manera presencial, pudiendo ser responsabilizados por el daño que su actuación culposa genere al usuario.

Es relevante destacar que un médico solo podrá ser condenado civilmente cuando no cumpla con las obligaciones que tiene a su cargo, siendo dichas obligaciones siempre de medio y no de resultado.

Así, de manera unánime la doctrina y la jurisprudencia han expresado que “El médico se obliga a cuidar al enfermo y no a sanarlo (…) No promete un resultado (…) No se discute en Uruguay que el médico asume una obligación de medios”[[50]](#footnote-50)

Al ser una obligación de medios y no de resultado, el elemento “culpa” es esencial para determinar si el médico incurrió o no en responsabilidad ya que “el cumplimiento o el mal cumplimiento de una obligación de medios queda sancionado por una responsabilidad fundada sobre la prueba de la culpa.”[[51]](#footnote-51)

El Código Civil en su art. 1344 define a la “culpa” como “falta del debido cuidado o diligencia”. En particular, la culpa médica se configura cuando el medico se aparta del standard del *buen médico*, incumpliendo la *lex artis*.

Es decir, para que el médico incurra en culpa médica es necesario que actúe en violación de prácticas y usos consolidados en la práctica médica, no discutidos y avalados por la ciencia[[52]](#footnote-52).

Pues bien, considerando las apreciaciones anteriores, vemos que, en materia de telemedicina, la responsabilidad civil debe analizarse desde dos perspectivas: por un lado, el médico tratante que se apoya en los servicios de telemedicina -ej. para pedir una segunda opinión médica o para solicitar un informe del resultado de análisis, etc.- por otro lado, el médico que a la distancia emite esa opinión o elabora el informe o analiza los estudios, etc. (también llamado “tele-experto”).

Ello por cuanto se entiende que el diagnóstico y la indicación de un tratamiento a través de servicios de telemedicina, requieren siempre de un médico tratante que pueda examinar al paciente, realizar los controles y hacer el seguimiento según corresponda.

Lo anterior minimiza la posibilidad de que exista un error de diagnóstico inexcusable[[53]](#footnote-53) o un diagnostico tardío, en otras palabras, disminuyen las chances de que los médicos intervinientes en la asistencia no obren con la debida diligencia.

En efecto, al intervenir varios profesionales actuando de manera mancomunada para procurar sanar al enfermo, el riesgo de incurrir en culpa médica es menor y es por eso que, parte de nuestra doctrina coloca a la telemedicina como una salvaguarda para la actuación médica[[54]](#footnote-54).

Como el médico no puede ser responsabilizado por aquello que está excluido de su ámbito de actuación, deberá siempre atenderse a las particularidades de cada asistencia médica. Quiere decir, al ser la atención asistencial a través de telemedicina complementaria de la asistencia presencial, debe existir siempre un médico tratante que pueda realizar un examen corporal del paciente, realizar o corroborar un diagnóstico, participar en una tele consulta, solicitar una segunda opinión, hacer el seguimiento según indique un médico a distancia, etc.

Por lo anterior, se deberá evaluar la conducta de ambos galenos para saber si la diligencia con la que actuó cada una fue acorde a la *lex artis*, no pudiendo responsabilizarse al tele-experto por la culpa del médico tratante ni al médico tratante por la falta de diligencia del tele-experto[[55]](#footnote-55).

En ese sentido se ha pronunciado la Asociación Médica Mundial al realizar su Declaración sobre las Responsabilidades y Normas Éticas en la Utilización de Telemedicina: “El médico que pide la opinión de otro colega es responsable del tratamiento y de otras decisiones y recomendaciones entregadas al paciente. Sin embargo, el tele-experto es responsable ante el médico tratante de la calidad de la opinión que entrega y debe especificar las condiciones en las que la opinión es válida. Está obligado a no participar si no tiene el conocimiento, competencia o suficiente información del paciente para dar una opinión bien fundamentada”[[56]](#footnote-56).

En el caso de que sea el propio médico tratante, quien brinde asistencia a su paciente través de medios telemáticos desoyendo el carácter complementario de este servicio y sustituyendo la presencialidad por una llamada por teléfono o haciendo una video llamada, corresponde distinguir si esa ausencia de presencialidad tiene – o no- su causa en una obligación impuesta por el centro de salud en el que trabaja.

Quiere decir que, el médico que sustituye la asistencia presencial por una a distancia por mandato de su empleador (o del arrendador de servicios, según corresponda) no podría ser imputado de responsabilidad por haber realizado un diagnóstico erróneo o tardío, si dicha conducta tiene su causa en la ausencia de examen corporal por estar el centro de salud cerrado o por haber recibido la orden expresa, de brindar atención de esta forma.

En este caso, será el servicio de salud quien debería responder frente a los daños de un paciente cuyo diagnostico fue erróneo o tardío porque no se le permitió hacer la consulta de forma presencial. Se hace la salvedad que, en casos de dudas, es importante que el médico derive al paciente al Servicio de Emergencia que se encuentre abierto y/o explique detalladamente los signos y síntomas de reconsulta, dejando anotado de manera precisa su actuación en la historia clínica del paciente.

Ahora bien, si el médico por su propia comodidad es quien resuelve omitir la presencialidad de la consulta sustituyéndola por una a distancia, entonces será responsable por los daños que dicho accionar le ocasione al paciente.

En definitiva, la responsabilidad del médico va a depender de su actuación concreta y se regirá por las mismas normas de la responsabilidad médica, debiendo estarse a la existencia o no de culpa médica en cada caso concreto.

**5.- CONCLUSIONES**

De lo analizado anteriormente puede arribarse a las siguientes conclusiones referentes al marco legal instaurado por la Ley Nº 19.869 en materia de Telemedicina:

1. el concepto de telemedicina recogido por la Ley Nº 19.869 se ajusta a las definiciones internacionales conforme con las cuales, se trata de un servicio por el cual se prestan las actividades típicamente propias de la asistencia a la salud, mediante profesionales de la salud habilitados para ello, en aquellos casos donde la distancia es un factor crítico que se permite sortear mediante el empleo de las Tics, siempre con la finalidad de mejorar la calidad asistencial del paciente;
2. los principios de universalidad y equidad no solo suponen el acceso universal y equitativo al primer nivel de atención de salud, sino también el acceso a los demás niveles y al grado de especialización que el paciente requiera;

1. el Sistema Nacional Integrado de Salud encuentra en la telemedicina un excelente instrumento para avanzar en su carácter integrador, para lo cual será necesario el desarrollo de sistemas de software y hardware necesarios para dicha interconexión;

1. la debida implementación de la telemedicina en Uruguay deberá conllevar necesariamente a una regulación detallada los protocolos en materia de seguridad de almacenamiento y transmisión de datos de salud siendo los servicios de salud los responsables de la seguridad de los datos personales y sensibles de los usuarios;
2. el usuario tiene los mismos derechos y obligaciones cuando recibe servicios médicos presenciales y cuando los recibe a distancia y las instituciones de asistencia médica y los médicos intervinientes, tienen las mismas obligaciones en uno u otro caso;
3. el régimen de responsabilidad civil en la telemedicina sigue los lineamientos del régimen general de responsabilidad, aunque atenuado por las particularidades de que uno o varios médicos que prestan asistencia se encuentran a la distancia, debiendo analizarse la diligencia de cada uno de los participantes y analizándose en cada caso si la responsabilidad corresponde al médico tratante, al tele-experto o en su caso, al centro asistencial.

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

AGUILAR FLIETAS, Baltasar – “Historias Clínicas” en Revista Uruguaya de Cardiología, Montevideo, Vol.34, Nº2, Agosto de 2019.

BILL, Guillermo, D CRISCI, Carlos y CANET, Tomislav – “La Red de Telesalud de las Américas y su papel en la atención primaria de la salud” en Revista Panamericana de Salud Pública, Año 2014; Nº 35(5/6), pág. 442–5.

BLENGIO, Natalia “Responsabilidades de los médicos” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 221.

COUTURE, Eduardo J.- “Vocabulario Jurídico”, BdF, Montevideo, 3era Edición, 2004, pág. 650.

DEIC-CAS, Barbara – “Derechos y deberes de pacientes y usuarios” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 175 y ss. y 190 y ss.

DELPIAZZO ANTÓN, Gabriel – “Papel del Estado en la Asistencia a la Salud” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 31 y ss.

DELPIAZZO ANTÓN, Gabriel – “Relevancia de la Telemedicina”- en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 287 y ss.

DELPIAZZO, Carlos E. – “Derecho Administrativo Especial” A.M.F., Montevideo, 2017, Volumen II, Tercera Edición, pág. 121 y ss.

DELPIAZZO, Carlos E. – “Importancia de la Historia Clínica Electrónica” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 221.

DELPIAZZO, Carlos E. - “Bases Fundantes del Sistema Nacional Integrado de Salud” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 60

ECHEVERRI DIEZ, Mauricio y AREIZA VALENCIA, Jorge Ignacio – “Descripción y análisis de los factores críticos de éxito en el desarrollo de la telemedicina especializada para los municipios de Antioquía, diferentes a los del área metropolitana del Valle Aburá” disponible en <https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/5110/JorgeAreiza_MauricioEcheverri_2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, Floirán – “Las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en salud”, Cuba, 2002, en Revista Educación Médica Superior, Volumen 16, Nº 2, Abril Junio 2002.

GAMARRA, Jorge – “Responsabilidad Civil Médica”, FCU., 2009, Tomo I, pág. 12, 68, y 154.

GUERRA SALETA, Henderick Gilberto – “Indagando en el estado actual de la Telemedicina en la República Dominicana” Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos disponible en <https://www.researchgate.net/publication/267155359_Indagando_el_estado_actual_de_la_Telemedicina_en_la_Republica_Dominicana_Revision_sistematica_de_la_literatura>.

GUILLEN PINTO, Edward Paul, RAMIREZ LÓPEZ, Leonardo, y ESTUPIÑAN CUESTA, Edith Paola - “Análisis de Seguridad para el Manejo de la Información Médica en Telemedicina” en Revista de Ciencia e Ingeniería, Bogotá Colombia, 2011, Vol.21, Nº2., pág. 58 y ss

LARROUMET, Christian - “La crisis de la responsabilidad médica en derecho francés”, La Justicia Uruguaya, Tomo 116, Setiembre -Octubre 1997, pág. 93

MARTÍNEZ LÓPEZ, Roselia – “Hallazgos del Programa Estatal de Telemedicina como Política Pública en el Estado de Oxaca, México (2004 -2016), Revista de la Asociación Iberoamericana de Telesalud y Telemedicina, Nª 6, Noviembre de 2019, pág. 21 a 42.

ORTIZ, José, CEDILLO, Priscila y CARPIO, Gabriel – “Telemedicina y Telesalud en la Facultad de Ciencias Médicas”, Buenos Aires, 2011, Ponencia Presentada para el “Séptimo encuentro de investigadores de la Red Latinoamericana de Cooperación Universitaria - "Prospectiva de América Latina: Retos en Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación" desarrollada en el Politécnico Grancolombiano, Bogotá, el 13 y 14 de octubre de 2011.

RUIZ IBÁÑEZ, Carlos y otros – “ TELEMEDICINA: Introducción, aplicación y principios de desarrollo” en Revista Médica CES Medicina, Colombia, 2007, Vol. 21, Nº 1, enero-junio, 2007, pp. 77-93.

SALLES NEVES, Felipe y otros -“Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS” en Revista Ciencia y Salud Colectiva, Volumen 15, Nº 1, Brasil, Rìo de Janeiro, 2010, <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232010000100030&script=sci_arttext>

VELOSO GIRIBALDI, Natalia – “Nuevo Régimen Jurídico de la Salud Mental en Uruguay” en Revista Derecho Público, F.C.U., Montevideo 2018, Nº. 54, Dic. 2018, pág. 101 – 120, Disponible en: <<http://www.revistaderechopublico.com.uy/ojs/index.php/Rdp/article/view/106>>

VELOSO GIRIBALDI, Natalia – “Responsabilidad Médica en la Emergencia Sanitaria” en Revista de la Universidad de Montevideo, Año XIX (2020), Nº 37.

1. \*Doctora en Derecho por la Universidad de Montevideo (2005), Máster en Derecho Administrativo Económico (2011), Diploma en Derecho de la Salud por la Universidad Austral de Buenos Aires (cursando), Profesor Agregado de Derecho Administrativo en la Universidad de Montevideo (2006-2020), Profesora de Derecho Público en el Posgrado de Gestión Financiera en Instituciones Públicas de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de la República (2017-2020), autora de varios libros y trabajos publicados en el país y en el extranjero. natalia.veloso@delpiazzo.com [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\*Doctora en Derecho y Ciencias Sociales por la Universidad de la República (2010). Master en Derecho de la Empresa por la Universidad de Alcalá de Henares (España, 2013-2014). Aspirante a Profesor Adscripto de Derecho Procesal en la Facultad de Derecho de la UdelaR. Colaboradora en el Anuario de Jurisprudencia de Derecho Procesal. Autora de varios trabajos publicados en el país. [↑](#footnote-ref-2)
3. Henderick Gilberto GUERRA SALETA – “Indagando en el estado actual de la Telemedicina en la República Dominicana” Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rey Juan Carlos disponible en <https://www.researchgate.net/publication/267155359_Indagando_el_estado_actual_de_la_Telemedicina_en_la_Republica_Dominicana_Revision_sistematica_de_la_literatura>. [↑](#footnote-ref-3)
4. Diccionario de la Real Academia Española. [↑](#footnote-ref-4)
5. Diccionario de la Real Academia Española. [↑](#footnote-ref-5)
6. José ORTIZ, Priscila CEDILLO y Gabriel CARPIO – “Telemedicina y Telesalud en la Facultad de Ciencias Médicas”, Buenos Aires, 2011, Ponencia Presentada para el “Séptimo encuentro de investigadores de la Red Latinoamericana de Cooperación Universitaria - "Prospectiva de América Latina: Retos en Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación" desarrollada en el Politécnico Grancolombiano, Bogotá, el 13 y 14 de octubre de 2011. [↑](#footnote-ref-6)
7. Definición de la Comisión Interamericana de Telecomunicaciones de la Organización de Estados Americanos. [↑](#footnote-ref-7)
8. Gabriel DELPIAZZO – “Papel del Estado en la Asistencia a la Salud” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 31 y ss. y Carlos E. DELPIAZZO – “Derecho Administrativo Especial” A.M.F., Montevideo, 2017, Volumen II, Tercera Edición, pág. 121 y ss. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ver: Carlos RUIZ IBÁÑEZ, Ángela ZULUAGA DE CADENA, Andrés TRUJILLO ZEA– “ TELEMEDICINA: Introducción, aplicación y principios de desarrollo” en Revista Médica CES Medicina, Colombia, 2007, Vol. 21, Nº 1, enero-junio, 2007, pp. 77-93. [↑](#footnote-ref-9)
10. Floirán FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ – “Las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en salud”, Cuba, 2002, en Revista Educación Médica Superior, Volumen 16, Nº 2, Abril Junio 2002. [↑](#footnote-ref-10)
11. En 2012 la RUTE recibió la cualificación de mejor práctica en telemedicina en América Latina y Caribe, por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Organización Panamericana de la Salud (OPAS) y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

 [↑](#footnote-ref-11)
12. El art. 13 de la Ley Nº 9.202 de 20 de enero de 1934 establece que: “Nadie podrá ejercer la profesión de médico cirujano, farmacéutico, odontólogo y obstétrico, sin inscribir previamente el título que lo habilite para ello, en las oficinas del Ministerio de Salud Pública”. [↑](#footnote-ref-12)
13. El art. 14 de la Ley Nº 9.202 establece que: “Corresponde al Ministerio de Salud Pública reglamentar y vigilar el ejercicio de las profesiones mencionadas en el artículo anterior, y de todas las auxiliares de la medicina. También le corresponde reglamentar y vigilar el funcionamiento de las instituciones privadas de asistencia de las sociedades mutualistas y de las instituciones de carácter científico y gremial cuando se refiere a los profesionales mencionados en este capítulo”. [↑](#footnote-ref-13)
14. Mauricio ECHEVERRI DIEZ y Jorge Ignacio AREIZA VALENCIA – “Descripción y análisis de los factores críticos de éxito en el desarrollo de la telemedicina especializada para los municipios de Antioquía, diferentes a los del área metropolitana del Valle Aburá” disponible en <https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/5110/JorgeAreiza_MauricioEcheverri_2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y> [↑](#footnote-ref-14)
15. Guillermo Bill, Carlos D Crisci, Tomislav Canet – “La Red de Telesalud de las Américas y su papel en la atención primaria de la salud” en Revista Panamericana de Salud Pública, Año 2014; Nº 35(5/6), pág. 442–5. [↑](#footnote-ref-15)
16. Algo similar ocurre en la Ley N°18.211 de 5 de diciembre de 2007. Así, Carlos E. DELPIAZZO en “Bases Fundantes del Sistema Nacional Integrado de Salud” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 60, explica que “si bien las disposiciones contenidas en los arts. 3° y 4° de la ley refieren a principios por un lado y objetivos por otro, en realidad traducen una confusión conceptual entre principios, objetivos y técnicas o medios para alcanzar los objetivos” y continúa explicando que los principios refieren a “aquellos primeros fundamentos que expresan el asiento -piedras sillares- de un ordenamiento (…)”. Por tanto, todo aquello que no refiera a las “piedras sillares” de un ordenamiento, no es conceptualmente un principio, aunque la ley lo nombre como tal. [↑](#footnote-ref-16)
17. Guillermo Bill, Carlos D Crisci, Tomislav Canet – “La Red de Telesalud de las Américas y su papel en la atención primaria de la salud” en Revista Panamericana de Salud Pública, Año 2014; Nº 35(5/6), pág. 442–5. [↑](#footnote-ref-17)
18. Ver: Felipe SALLES NEVES MACHADO y otros en “Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS” en Revista Ciencia y Salud Colectiva, Volumen 15, Nº 1, Brasil, Rìo de Janeiro, 2010, <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100030&script=sci_arttext> [↑](#footnote-ref-18)
19. Roselia MARTÍNEZ LÓPEZ – “Hallazgos del Programa Estatal de Telemedicina como Política Pública en el Estado de Oxaca, México (2004 -2016), Revista de la Asociación Iberoamericana de Telesalud y Telemedicina, Nª 6, Noviembre de 2019, pág. 21 a 42. [↑](#footnote-ref-19)
20. Gabriel DELPIAZZO ANTÓN – “Relevancia de la Telemedicina” cit. pág. 287 y ss. [↑](#footnote-ref-20)
21. Gabriel DELPIAZZO ANTÓN – “Relevancia de la Telemedicina”, cit. pág. 287 y ss. [↑](#footnote-ref-21)
22. Natalia VELOSO GIRIBALDI – “Responsabilidad Médica en la Emergencia Sanitaria” en Revista de la Universidad de Montevideo, Año XIX (2020), Nº 37. [↑](#footnote-ref-22)
23. Jorge GAMARRA - “Responsabilidad Médica”, FCU., 2009, Tomo I, pág. 68. [↑](#footnote-ref-23)
24. Ver: Baltasar Aguilar Fleitas – “Historias Clínicas” en Revista Uruguaya de Cardiología, Montevideo, Vol.34, Nº2, Agosto de 2019. [↑](#footnote-ref-24)
25. ###  Edward Paul Guillén Pinto, Leonardo Juan Ramírez López, Edith Paola Estupiñán Cuesta - “Análisis de Seguridad para el Manejo de la Información Médica en Telemedicina” en Revista de Ciencia e Ingeniería, Bogotá Colombia, 2011, Vol.21, Nº2.

 [↑](#footnote-ref-25)
26. Bárbara DEIC-CAS – “Derechos y deberes de pacientes y usuarios” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 175 y ss. [↑](#footnote-ref-26)
27. Jorge GAMARRA – “Responsabilidad Civil Médica”, cit. Tomo I, pág. 154. [↑](#footnote-ref-27)
28. Ver: Sentencia N° 158/2014 de 29 de septiembre de 2014 del TAC 1, Caso 995, publicado en la Revista de Doctrina y Jurisprudencia de Derecho Civil, pág. 838. [↑](#footnote-ref-28)
29. Natalia VELOSO GIRIBALDI – “Nuevo Régimen Jurídico de la Salud Mental en Uruguay” en Revista Derecho Público, F.C.U., Montevideo 2018, Nº. 54, Dic. 2018, pág. 101 – 120, Disponible en: <<http://www.revistaderechopublico.com.uy/ojs/index.php/Rdp/article/view/106>> [↑](#footnote-ref-29)
30. En efecto, el art. 302 del Código Penal establece que: “El que, sin justa causa, revelaré secretos que hubieran llegado a su conocimiento, en virtud de su profesión, empleo o comisión, será castigado, cuando el hecho causare perjuicio, con multa de cien a seiscientas Unidades Reajustables”. [↑](#footnote-ref-30)
31. En cuanto a la protección del secreto profesional y la redacción de los certificados médicos, el art. 21 del Código de ética Médica establece expresamente que: “El secreto profesional debe respetarse aun en la redacción de certificados médicos con carácter de documento público. El médico tratante evitará indicar la patología concreta que aqueje a un paciente, así como las conductas diagnósticas y terapéuticas adoptadas. No es éticamente admisible que las instituciones públicas o privadas exijan una conducta contraria. Queda el médico liberado de esta responsabilidad si el paciente se lo solicita o lo consiente explícitamente. El médico certificador procurará el cumplimiento estricto de este artículo y denunciará al SMU cualquier tipo de presión institucional que recibiese para su incumplimiento”. [↑](#footnote-ref-31)
32. No obstante, debe señalarse que el deber de secreto no es absoluto. En efecto, el art. 22 del Código de ética Médica (Ley 19. 286) establece expresamente que entre otros casos, el médico deberá revelar el secreto profesional cuando: a) exista peligro vital inminente para el paciente (posibilidad de suicidio); b) se constate una negativa sistemática de advertir a un inocente acerca de un riesgo grave para la salud de este último (contagio de enfermedades adquiridas, transmisión hereditaria de malformaciones, etcétera); c) exista amenaza a la vida de terceros (posibilidad de homicidio); d) amenaza a otros bienes fundamentales para la sociedad; y e)defensa legal contra acusación de su propio paciente [↑](#footnote-ref-32)
33. La Ley Nº 18.331, de 11 de agosto de 2008 en su art. 4 lit. E define dato sensible como aquel dato personal “que revelen origen racial y étnico, preferencias políticas, convicciones religiosas o morales, afiliación sindical e informaciones referentes a la salud o a la vida sexual”. [↑](#footnote-ref-33)
34. Ver: Exposición de motivos de la Ley Nº 19.869 de 15 de abril de 2020. [↑](#footnote-ref-34)
35. La Ley N°18.335 de 15 de agosto de 2008 define en su art. 3 a los servicios de salud: “Se considera servicio de salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud. [↑](#footnote-ref-35)
36. Eduardo J. COUTURE “Vocabulario Jurídico”, BdF, Montevideo, 3era Edición, 2004, pág. 650. [↑](#footnote-ref-36)
37. Edward Paul Guillén Pinto, Leonardo Juan Ramírez López, Edith Paola Estupiñán Cuesta – Ob. Cit. Ut supra, pág. 58. [↑](#footnote-ref-37)
38. Carlos E. DELPIAZZO – “Importancia de la Historia Clínica Electrónica” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 221. [↑](#footnote-ref-38)
39. Ver: Arts. 4, 17 lit. C, 18, 19 y 23 de la Ley N° 18.331 de 11 de agosto de 2008 [↑](#footnote-ref-39)
40. Ver: Guía Jurídica de Telemedicina, elaborada por AGESIC, MSP, MEF y Presidencia, año 2015 [↑](#footnote-ref-40)
41. ####  Art. 302 del Código Penal: El que, sin justa causa, revelare secretos que hubieran llegado a su conocimiento, en virtud de su profesión, empleo o comisión, será castigado, cuando el hecho causare perjuicio, con 100 U.R. (cien unidades reajustables) a 600 U.R. (seiscientas unidades reajustables) de multa.

 [↑](#footnote-ref-41)
42. Bárbara DEIC-CAS – “Derechos y deberes de pacientes y usuarios” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 190 y ss. [↑](#footnote-ref-42)
43. Art. 8 de la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 [↑](#footnote-ref-43)
44. ####  Ley 18.331, [Art 35](https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008/35) (Potestades sancionatorias).- El órgano de control podrá aplicar las siguientes sanciones a los responsables de las bases de datos, encargados de tratamiento de datos personales y demás sujetos alcanzados por el régimen legal, en caso que se violen las normas de la presente ley, las que se graduarán en atención a la gravedad, reiteración o reincidencia de la infracción cometida (…)

 [↑](#footnote-ref-44)
45. La Ley de Telemedicina, en cuanto a la infraestructura remite a los arts. 157 a 160 de la Ley 18.719 de 27 de diciembre de 2010 [↑](#footnote-ref-45)
46. Ver: Guía Jurídica de Telemedicina, elaborada por AGESIC, MSP, MEF y Presidencia, año 2015. [↑](#footnote-ref-46)
47. Art.11 de la Ley 18.335: Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. El consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignado en la historia clínica en forma expresa. Este puede ser revocado en cualquier momento. [↑](#footnote-ref-47)
48. Gabriel DELPIAZZO ANTÓN – “Relevancia de la Telemedicina” cit. pág. 300. [↑](#footnote-ref-48)
49. El art. 1 del Código de Ética Médica establece que “Las disposiciones de este Código son obligatorias para todos los integrantes del Colegio Médico del Uruguay” y la Ley 18.591 de 16 de otubre de 2009 estableció que para ejercer la profesión médica es obligatorio estar colegiado. [↑](#footnote-ref-49)
50. Jorge GAMARRA “Responsabilidad Civil Médica 1”, FCU, Montevideo, 1era Edición, 1999, pág. 12. [↑](#footnote-ref-50)
51. Christian LARROUMET, “La crisis de la responsabilidad médica en derecho francés”, La Justicia Uruguaya, Tomo 116, Setiembre -Octubre 1997, pág. 93 [↑](#footnote-ref-51)
52. Natalia BLENGIO “Responsabilidades de los médicos” en Carlos E. DELPIAZZO (Coordinador) – “Régimen de Asistencia a la Salud”, F.C.U., Montevideo, 2018, Segunda Edición ampliada y actualizada, pág. 221, pág. 310. [↑](#footnote-ref-52)
53. En lo que respecta al error de diagnóstico, doctrina y jurisprudencia han sostenido que para que el mismo pueda considerarse culpable, ha de ser inexcusable. Es decir, un error de diagnóstico excusable no hace culpable al médico por su accionar. Para determinar si el error de diagnóstico es excusable o inexcusable hay que estar a la sintomatología que presenta el paciente -que no siempre es clara ni determinante-, al contexto y a la diligencia con la que actúa el médico en el momento de tomar una decisión. [↑](#footnote-ref-53)
54. Gabriel DELPIAZZO ANTÓN – “Relevancia de la Telemedicina” cit. pág. 301. [↑](#footnote-ref-54)
55. En este sentido, ya sea desde la perspectiva de la responsabilidad contractual (art. 1346 C.C.) o aquiliana (art. 1331 C.C.), y aún desde la teoría general de la responsabilidad, cada persona responde por los daños que ha causado. [↑](#footnote-ref-55)
56. Ver en <https://www.wma.net/es/> , Declaración sobre las Responsabilidades y Normas Éticas en la Utilización de Telemedicina. [↑](#footnote-ref-56)